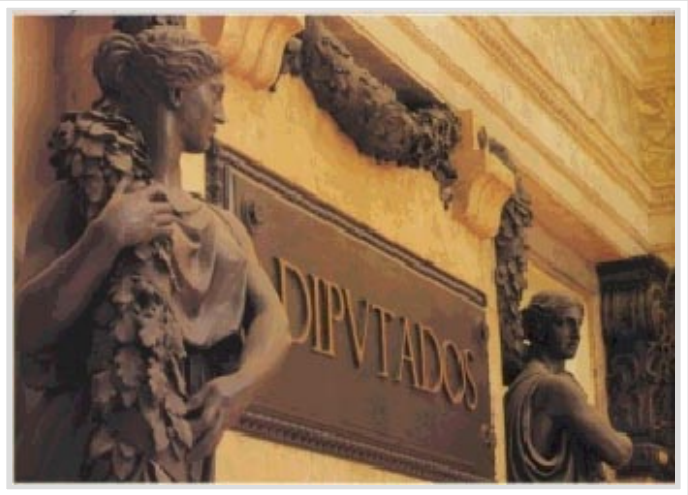
NÚMERO 3689 MONTEVIDEO, MARTES 14 DE DICIEMBRE DE 2010

República Oriental del Uruguay

DIARIO DE SESIONES



CÁMARA DE REPRESENTANTES

61ª SESIÓN

PRESIDEN LOS SEÑORES REPRESENTANTES

IVONNE PASSADA
(Presidenta)

DANIEL PEÑA FERNÁNDEZ
(1er. Vicepresidente)

Y DOCTOR DANIEL RADÍO
(4to. Vicepresidente)

ACTÚAN EN SECRETARÍA LOS TITULARES DOCTORES MARTI DALGALARRONDO AÑÓN Y JOSÉ PEDRO MONTERO
Y LOS PROSECRETARIOS TABARÉ HACKENBRUCH LEGNANI Y DOCTOR ERNESTO LORENZO

XLVII LEGISLATURA PRIMER PERÍODO ORDINARIO

Texto de la citación

LA CÁMARA DE REPRESENTANTES se reunirá en sesión ordinaria, el próximo martes 14, a la hora 16, para informarse de los asuntos entrados.

MARTI DALGALARRONDO AÑÓN JOSÉ PEDRO MONTERO
Secretarios

S U M A R I O

Pág.

1.- Asistencias y ausencias 4
2.- Asuntos entrados 4
3 y 5.- Exposiciones escritas 5, 6
4.- Inasistencias anteriores 5

MEDIA HORA PREVIA

6.- Aspiración de que el pueblo saharaui pueda vivir soberanamente en su tierra.
— Exposición del señor Representante Toledo Antúnez 8
7.- Necesidad de habilitar la llegada de cruceros a puertos del departamento de Colonia.
Prioridad de la actividad agropecuaria y el turismo por sobre la forestación.
— Exposición del señor Representante Planchón Geymonat 10
8.- Reseña del evento "Mesa para la Paz", desarrollado en la ciudad de Pan de Azúcar el 10 de diciembre.
Elaboración del presupuesto participativo para el departamento de Maldonado.
— Exposición de la señora Representante Ontaneda 11
9.- Discrepancia con el cambio de la imagen corporativa de ANTEL.
— Exposición del señor Representante Posada 12
10.- Recordación del General Líber Seregni.
— Exposición del señor Representante Asti 12
11.- Resultados positivos de las políticas de los gobiernos frenteamplistas en materia de trabajo y de seguridad social.
— Exposición del señor Representante Groba 14

CUESTIONES DE ORDEN

12, 18, 23, 25.- Integración de la Cámara 15, 67, 91, 98
12, 18, 23, 25.- Licencias 15, 67, 91, 98
27.- Preferencias 102
22.- Prórroga del término de la sesión 91
14.- Sesión extraordinaria 27
13.- Supresión de sesión ordinaria 26
16.- Urgencias 27

VARIAS

15.- Comisiones permanentes, especiales e investigadoras. (Autorización para reunirse durante el receso). 27

20.- Comisión de Educación y Cultura. (Autorización a reunirse simultáneamente con la Cámara). 80

ORDEN DEL DÍA

17, 19, 21, 24, 26, 28.- Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios).
Antecedentes: Rep. N° 445, de diciembre de 2010, y Anexo I, de diciembre de 2010. Carp. N° 525 de 2010. Comisión de Hacienda integrada con Salud Pública y Asistencia Social.
— Aprobación. Se comunicará al Senado 27, 71, 80, 93, 102
— Texto del proyecto aprobado 104

1.- Asistencias y ausencias.

Asisten los señores Representantes: Pablo D. Abdala, Verónica Alonso, Nelson Alpuy, Fernando Amado, Gerardo Amarilla, José Amy, Andrés Arocena, Roque Arregui, Alfredo Asti, Julio Bango, Julio Battistoni, José Bayardi, Gustavo Bernini, Ricardo Berois, Daniel Bianchi, Marcelo Bistolfi, Hernán Bonilla, Heber Bousses, Irene Caballero, Graciela Cáceres, Jorge Caffera, Fitzgerald Cantero Piali, Rodolfo Caram, Felipe Carballo, Germán Cardoso, José Carlos Cardoso, Dardo Casas, Gustavo Cersósimo, Antonio Chiesa Bruno, Carlos Coitiño, Carlos Corujo, Hugo Dávila, Walter De León, Gonzalo de Toro (2), Álvaro Delgado, Pablo Díaz, Gustavo A. Espinosa, Guillermo Facello, Julio Fernández, Juan C. Ferrero, Roberto Frachia, Carlos Gamou, Jorge Gandini (5), Javier García, Mario García, Juan Manuel Garino Gruss, Aníbal Gloodtdofsky, Rodrigo Goñi Romero, Óscar Groba, Doreen Javier Ibarra, Luis Alberto Lacalle Pou, María Elena Laurnaga, Andrés Lima, Daniel López, José Carlos Mahía (3), Daniel Mañana, Eduardo Márquez, Rubén Martínez Huelmo, Graciela Matiaude Espino, Martha Montaner, Eloísa Moreira, Gonzalo Mujica, Amin Niffouri, Gonzalo Novales, Raúl Olivera, Lourdes Ontaneda, Jorge Orrico, Miguel Otegui, Yerú Pardiñas, Ivonne Passada (6), Daniela Payssé (4), Guzmán Pedreira, Daniel Peña Fernández, Nicolás Pereira, Aníbal Pereyra, Susana Pereyra, Esteban Pérez, Mario Perrachón, Ana Lía Piñeyrúa, Ricardo Planchón Geymonat, Iván Posada, Jorge Pozzi (1), Daniel Radío, Roque Ramos, Nelson Rodríguez Servetto, Edgardo Rodríguez, Gustavo Rombys, Alejandro Sánchez, Richard Sander, Berta Sanseverino, Pedro Saravia, Mario Silvera, Martín Tierno, Hermes Toledo Antúnez, Daisy Tourné, Jaime Mario Trobo, Guillermo Vaillant, Carlos Varela Nestier, Juan Ángel Vázquez, Álvaro Vega Llanes, Walter Verri, Carmelo Vidalín, Dionisio Vivián, y Horacio Yanes.

Con licencia: Gustavo Borsari Brenna, Alberto Casas, Pablo Iturralde Viñas, Óscar Magurno Souto, Alma Mallo Calviño, Felipe Michelini, Alberto Perdomo Gamarra, Darío Pérez Brito, Pablo Pérez González, Luis Puig, Sebastián Sabini, Víctor Semproni y Juan C. Souza.

Observaciones:

(1) A la hora 16:58 comenzó licencia, ingresando en su lugar el Sr. Roque Ramos.

(2) A la hora 16:58 comenzó licencia, ingresando en su lugar el Sr. Heber Bousses.

(3) A la hora 17:44 comenzó licencia, ingresando en su lugar el Sr. Eduardo Márquez.

(4) A la hora 17:44 comenzó licencia, ingresando en su lugar la Sra. Eloísa Moreira.

(5) A la hora 19:35 comenzó licencia, ingresando en su lugar la Sra. Irene Caballero.

(6) A la hora 20:09 comenzó licencia, ingresando en su lugar el Sr. Guillermo Vaillant.

2.- Asuntos entrados.

"Pliego N° 60

COMUNICACIONES GENERALES

La Junta Departamental de Artigas remite copia de la exposición realizada por un señor Edil, sobre la celebración del Día Internacional de la no violencia contra la mujer. C/116/010

- *A la Comisión Especial de Género y Equidad*

La Junta Departamental de Paysandú remite los siguientes asuntos:

- nota relacionada con planteos hechos por integrantes del PIT – CNT de ese departamento. C/80/010

- *A la Comisión de Legislación del Trabajo*

- exposición de un señor Edil sobre la construcción de viviendas de interés social. C/195/010

- *A la Comisión de Vivienda, Territorio y Medio Ambiente*

La Junta Departamental de Florida remite copia del texto de la exposición realizada por una señora Edila, relacionada con la posibilidad de construir un cuartelillo de bomberos en la localidad de Cerro Chato. C/255/010

- *A la Comisión de Presupuestos*

La Intendencia de Salto acusa recibo de la exposición realizada por el señor Representante Mario García, en sesión de 3 de noviembre de 2010, sobre la inconveniencia de trasladar la placa conmemorativa en honor del señor Ricardo Zabalza al Liceo “Eduardo Fabini” de la ciudad de Minas, departamento de Lavalleja. S/C

La Intendencia de Treinta y Tres acusa recibo de la exposición escrita presentada por el señor Representante José Carlos Cardoso, acerca de la necesidad de adoptar medidas para la erradicación del jabalí. C/19/010

La Corte Electoral contesta la exposición escrita presentada por el señor Representante Sebastián Sabini, sobre la conveniencia de que los organismos electorales tomen nota del cambio de nombre del Municipio de Barros Blancos. C/19/010

- *A sus antecedentes".*

3.- Exposiciones escritas.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada.).- Está abierto el acto.

(Es la hora 16 y 19)

——Dese cuenta de las exposiciones escritas.

(Se lee:)

"El señor Representante Andrés Lima solicita se curse una exposición escrita a los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, con destino al Banco de Previsión Social; de Salud Pública y de Economía y Finanzas; a la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad; a todas las instituciones que atienden a personas con discapacidad, y a la Comisión de Salud de todas las Juntas Departamentales, sobre la necesidad de reglamentar la ley relativa a la Protección Integral de las Personas con Discapacidad. C/19/010

La señora Representante Elsa Hernández solicita se curse una exposición escrita a la Presidencia de la República; a los Ministerios de Ganadería, Agricultura y Pesca, y por su intermedio al Instituto Nacional de Colonización; y de Economía y Finanzas, con destino al Banco de la República Oriental del Uruguay; a la Junta Departamental y a la Intendencia de Artigas, y por su intermedio al Municipio de Bella Unión, relacionada con la posibilidad de expropiar tierras ociosas de la ciudad de Bella Unión para el cultivo e industrialización de caña de azúcar. C/19/010

Los señores Representantes José Andrés Arocena y Carmelo Vidalín solicitan se curse una exposición escrita al Ministerio de Educación y Cultura, y por su intermedio al Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública, acerca de diversas carencias constatadas en la Escuela Nº 68 de la localidad de Cerro Chato, departamento de Durazno. C/19/010

Los señores Representantes José Andrés Arocena y Mario Silvera solicitan se curse una exposición escrita al Ministerio de Educación y Cultura, y por su intermedio al Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública referente a la necesidad de colocar puertas o rejas en el acceso al patio frontal de la Escuela Nº 48 de la localidad de Cerro Chato, departamento de Treinta y Tres. C/19/010

El señor Representante Aníbal Gloodtdofsky solicita se curse una exposición escrita a la Intendencia de Montevideo, sobre los montos recaudados por el impuesto destinado al Fondo Nacional Permanente para la Lucha Antituberculosa. C/19/010".

——Se votarán oportunamente.

4.- Inasistencias anteriores.

Dese cuenta de las inasistencias anteriores.

(Se lee:)

"Inasistencias de Representantes a las siguientes sesiones realizadas el día 8 de diciembre de 2010.

Extraordinaria hora 14:

Con aviso: Pablo Abdala, Fernando Amado, Gerardo Amarilla, Daniel Bianchi, José Carlos Cardoso, Marco Correa, Juan Manuel Garino Gruss, Daniel Mañana. Mario Silvera y Horario Yanes.

Sin aviso: Walter De León, Carlos Gamou, Nicolás Pereira, Jorge Pozzi y Daisy Tourné.

Ordinaria hora 16:

Con aviso: Horacio Yanes.

Sin aviso: Carlos Gamou y Jorge Gandini.

Inasistencias a las Comisiones:

Representantes que no concurrieron a las Comisiones citadas:

Miércoles 8 de diciembre

EDUCACIÓN Y CULTURA

Con aviso: Daniel Mañana.

Jueves 9 de diciembre

ESPECIAL: SOBRE ADICCIONES, CONSECUENCIAS E IMPACTO EN LA SOCIEDAD URUGUAYA

Con aviso: Jorge Orrico; Luis Alberto Lacalle Pou; Martha Montaner; Richard Sander.

ESPECIAL CON FINES LEGISLATIVOS DE ASUNTOS MUNICIPALES Y DESCENTRALIZACIÓN

Con aviso: Daniel Peña Fernández; Fitzgerald Cantero Piali; Horacio Yanes; José Bayardi.

Viernes 10 de diciembre

HACIENDA integrada con la de SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Con aviso: Antonio Chiesa Bruno; Daniel Bianchi; Germán Cardoso.

Sin aviso: Ana Lima.

Lunes 13 de diciembre

ESPECIAL DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

Con aviso: Doreen Javier Ibarra; Jorge Caffera; Julio Bango; Mario Silvera Araújo; Susana Pereyra; Verónica Alonso".

5.- Exposiciones escritas.

——Habiendo número, está abierta la sesión.

Se va a votar el trámite de las exposiciones escritas de que se dio cuenta.

(Se vota)

——Cuarenta y nueve en cincuenta: AFIRMATIVA.

(Texto de las exposiciones escritas:)

1) Exposición del señor Representante Andrés Lima a los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, con destino al Banco de Previsión Social; de Salud Pública y de Economía y Finanzas; a la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad; a todas las instituciones que atienden a personas con discapacidad, y a la Comisión de Salud de todas las Juntas Departamentales, sobre la necesidad de reglamentar la ley relativa a la Protección Integral de las Personas con Discapacidad.

"Montevideo, 8 de diciembre de 2010. Señora Presidenta de la Cámara de Representantes, Ivonne Passada. Amparados en las facultades que nos confiere el artículo 155 del Reglamento de la Cámara de Representantes, solicitamos que se curse la presente exposición escrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con destino al Banco de Previsión Social (BPS); al Ministerio de Salud Pública; al Ministerio de Economía y Finanzas; a las Juntas Departamentales, con destino a las Comisiones de Salud; a la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado; a la Fundación Instituto Piscopedagógico Uruguayo y, por su intermedio, a las organizaciones que la integran, y al Plenario Nacional de Organizaciones de Impedidos y, por su intermedio, a las instituciones que lo integran. Con fecha 9 de marzo de 2010, fue publicada en el Diario Oficial, la Ley Nº 18.651, de 19 de febrero de 2010, destinada a la protección integral de personas con discapacidad. Esta ley dedica su Capítulo IV a prever un sistema de asistencia personal para personas con discapacidades severas. En ese sentido, se faculta al Poder Ejecutivo a crear dentro del BPS, el Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades Severas, y a otorgar una prestación para la contratación de asistentes personales a quienes acrediten la necesidad de ser beneficiarios de este servicio, para el desarrollo de las actividades básicas de su vida diaria. La ley establece que para ser asistente personal se deberá estar capacitado para tal tarea, habiendo obtenido certificado habilitante expedido por la entidad o entidades que determine la reglamentación. Si bien se entiende que el término facúltase implica una decisión potestativa del Poder Ejecutivo, tratándose del abordaje de un tema tan noble como apremiante, se entiende que tal reglamentación debe ser decretada a la mayor brevedad posible. En cuanto a la fecha, ya han transcurrido más de 270 días desde la promulgación de la ley, y hasta no contar con su debida reglamentación nadie podrá acceder a este beneficio. Asimismo, sería deseable que al momento de elaborar la reglamentación se tome en consideración la posibilidad de que los familiares de personas con discapacidades severas puedan estar comprendidos entre aquellas habilitadas para cumplir la tarea de asistentes personales -en tanto cumplan con los requisitos exigidos por la ley en cuanto a capacitación y obtención de certificado habilitante-, previéndose la correspondiente generación de aportes a la seguridad social por las partidas a cobrar. Considérese que ellos mismos son quienes frecuentemente dedican gran parte de su tiempo a la atención de estas personas y, por lo tanto, generalmente se constituyen en quienes mejor los conocen y comprenden. Piénsese además, que en estos casos, las prestaciones destinadas a los asistentes, indirectamente vendrían a favorecer más ampliamente al discapacitado severo en cuanto a los ingresos mensuales de su hogar, los que se verían acrecentados por el monto de las mismas. Saludamos a la señora Presidenta muy atentamente. ANDRÉS LIMA, Representante por Salto".

2) Exposición de la señora Representante Elsa Hernández a la Presidencia de la República; a los Ministerios de Ganadería, Agricultura y Pesca, y por su intermedio al Instituto Nacional de Colonización; y de Economía y Finanzas, con destino al Banco de la República Oriental del Uruguay; a la Junta Departamental y a la Inten-

dencia de Artigas, y por su intermedio al Municipio de Bella Unión, relacionada con la posibilidad de expropiar tierras ociosas de la ciudad de Bella Unión para el cultivo e industrialización de caña de azúcar.

"Montevideo, 8 de diciembre de 2010. Señora Presidenta de la Cámara de Representantes, Ivonne Passada. Amparados en las facultades que nos confiere el artículo 155 del Reglamento de la Cámara de Representantes, solicitamos que se curse la presente exposición escrita a la Presidencia de la República; al Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca y, por su intermedio, al Instituto Nacional de Colonización (INC); al Ministerio de Economía y Finanzas, con destino al Banco de la República Oriental del Uruguay (BROU); a la Intendencia de Artigas y, por su intermedio, al Municipio de Bella Unión, y a la Junta Departamental de Artigas. La presente exposición escrita tiene como objetivo advertir sobre una amplia extensión de tierra ubicada en la ciudad de Bella Unión, departamento de Artigas, la que se encuentra ociosa en manos de particulares. Se trata de unas dos mil hectáreas que no son explotadas y forman parte del patrimonio de terratenientes que especulan con su valor de mercado. La ley Nº 11.448, de 12 de junio de 1950, declaró de interés nacional el cultivo y la industrialización de la caña de azúcar, estableciendo en su artículo 5º que aquellas tierras aptas para especies sacarígenas pueden ser expropiadas y administradas por el INC. A su vez, el INC podrá cederlas en arrendamiento, medianería u otorgando el dominio útil mediante un canon anual. Por su parte, el artículo 14 de la citada ley, establece que cuando se trate de tierras y mejoras destinadas a cultivos de especies sacarígenas de implementos agrícolas para esos cultivos, de plantas industriales y de edificios construidos para el funcionamiento de fábricas azucareras respectivas, el BROU otorgará créditos especiales que podrán llegar al 60% del capital invertido, aplicando a dichos créditos un interés mínimo. El Gobierno Nacional ha realizado una fuerte inversión en Alcoholes del Uruguay S.A. (ALUR) y los cambios en la zona de influencia de la localidad de Bella Unión son notorios. El Presidente de la República, señor José Mujica, en su reciente visita al departamento de Artigas, destacó el proyecto de ALUR y opinó que, además de las 10 mil hectáreas de cultivo previstas, deberían sumarse otras 3 mil hectáreas, como apoyo al emprendimiento. Consideramos que la distribución de esas tierras, que están ociosas, sería un paso determinante para cumplir ese objetivo. En esa zona del país existe potencial productivo, fuerza de trabajo, herramientas y tecnología disponibles. Es necesario adoptar acciones del tipo que proponemos para alcanzar los grandes objetivos. ALUR inicia una etapa de proyección de sus actividades y el crecimiento de sus negocios demanda mayor capacidad productiva y pleno involucramiento de los productores radicados en la localidad. Por lo expuesto, solicitamos que, luego del estudio correspondiente, esas tierras puedan pasar a manos de familias productoras que realmente las harán provechosas. Saludamos a la señora Presidenta muy atentamente. ELSA HERNÁNDEZ, Representante por Artigas".

3) Exposición de los señores Representantes José Andrés Arocena y Carmelo Vidalín al Ministerio de Educación y Cultura, y por su intermedio al Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública, acerca de diversas carencias constatadas en la Escuela Nº 68 de la localidad de Cerro Chato, departamento de Durazno.

"Montevideo, 9 de diciembre de 2010. Señora Presidenta de la Cámara de Representantes, Ivonne Passada. Amparados en las facultades que nos confiere el artículo 155 del Reglamento de la Cámara de Representantes, solicitamos que se curse la presente exposición escrita al Ministerio de Educación y Cultura y, por su intermedio, al Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). A través de esta exposición escrita, queremos plantear nuestra inquietud por la situación constatada en la Escuela N° 68 de la localidad de Cerro Chato, departamento de Durazno, zona lindante con el departamento de Florida. Habiendo visitado el lugar y luego de conversar con los padres de los alumnos que asisten a ese centro de estudios, pudimos comprobar la falta de diferentes materiales educativos, recreativos y de oficina. A modo de ejemplo, el salón donde se dicta 2° año, no tiene pizarra o pizarrón. No se dispone de ningún tipo de juego o material para el esparcimiento de los niños de educación inicial; los más pequeños que asisten allí. Por otra parte, los docentes no tienen baño; asimismo, deben reponerse las ventanas de todo el edificio que dan hacia la calle, ya que se encuentran con gran deterioro. También es necesario contar con una impresora para el equipo de computación. Por tal motivo, solicitamos que las autoridades tomen nota de este planteo y procuren una pronta solución, de modo que ese centro educativo pueda iniciar el próximo año lectivo en mejores condiciones de funcionamiento. Saludamos a la señora Presidenta muy atentamente. CARMELO VIDALÍN, Representante por Durazno y JOSÉ ANDRÉS AROCENA, Representante por Florida"

4) Exposición de os señores Representantes José Andrés Arocena y Mario Silvera al Ministerio de Educación y Cultura, y por su intermedio al Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública referente a la necesidad de colocar puertas o rejas en el acceso al patio frontal de la Escuela Nº 48 de la localidad de Cerro Chato, departamento de Treinta y Tres.

"Montevideo, 9 de diciembre de 2010. Señora Presidenta de la Cámara de Representantes, Ivonne Passada. Amparados en las facultades que nos confiere el artículo 155 del Reglamento de la Cámara de Representantes, solicitamos que se curse la presente exposición escrita al Ministerio de Educación y Cultura y, por su intermedio, al Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), relacionada con la situación que hemos constatado en la Escuela Nº 48 Ismenia Sánchez de Machado, de la localidad de Cerro Chato, departamento de Treinta y Tres, en zona lindante con el departamento de Florida. De la visita realizada a la citada escuela, surge que el patio frontal de dicho centro educativo, por donde se debe transitar hasta llegar al área de los salones y a las demás dependencias, es utilizado de noche y durante los fines de semana, por algunas personas que acceden a dos halls o corredores, que en muchos casos quedan en condiciones deficientes desde el punto de vista del cuidado y de la higiene del lugar. Por lo expuesto, y según lo conversado con los padres de los alumnos que asisten a la mencionada escuela, solicitamos que las autoridades tomen nota de este planteo y dispongan en forma inmediata la colocación de puertas y/o rejas que impidan el acceso a los espacios físicos citados, con la finalidad de preservar las condiciones de higiene y mantenimiento del edificio escolar. Saludamos a la señora Presidenta muy atentamente. JOSÉ ANDRÉS AROCENA, Representante por Florida y MARIO SILVERA, Representante por Treinta y Tres".

5) Exposición del señor Representante Aníbal Gloodtdofsky a la Intendencia de Montevideo, sobre los montos recaudados por el impuesto destinado al Fondo Nacional Permanente para la Lucha Antituberculosa.

"Montevideo, 13 de diciembre de 2010. Señora Presidenta de la Cámara de Representantes, Ivonne Passada. Amparados en las facultades que nos confiere el artículo 155 del Reglamento de la Cámara de Representantes, solicitamos que se curse la presente exposición escrita a la Intendencia de Montevideo. Antecedentes. El literal E) del artículo 6º de la Ley Nº 10.709, de 17 de enero de 1946, crea un impuesto destinado al Fondo Nacional Permanente para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, correspondiente al 20% del producto total de los juegos autorizados en los casinos explotados por particulares, deducidos los gastos de administración y del 10% sobre igual monto imponible para los casinos municipales. A la fecha, el único casino explotado por particulares en el Uruguay es el Casino del Hotel Conrad y, próximamente, de acuerdo a la licitación recientemente adjudicada por la Intendencia de Montevideo, también lo será el Hotel Casino Carrasco. Por su parte, los únicos casinos municipales autorizados corresponden a la Intendencia de Montevideo. El inciso final del referido artículo, establece que las sumas recaudadas a medida que se vayan percibiendo serán depositadas en una cuenta especial del BROU a la orden del Ministerio de Salud Pública. Por lo expuesto, se solicita la siguiente información: a) Montos recaudados por concepto del impuesto creado por el literal E) del artículo 6º de la Ley Nº 10.709, de 17 de enero de 1946, en los últimos cinco años, desglosado por Casino Parque Hotel y Hotel Casino Carrasco, respectivamente. b) Si no se ha recaudado nada o se ha suspendido la recaudación en tal período, en qué razones fundamenta tal proceder. c) Montos transferidos al Ministerio de Salud Pública con destino al Fondo Nacional Permanente para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, según la recaudación del impuesto antes referido, durante los últimos cinco años. d) Cómo piensan recaudar y controlar el pago efectivo del impuesto respecto del futuro concesionario del Hotel Casino Carrasco. e) Cuáles son las previsiones que en tal sentido se han formulado en el respectivo contrato de concesión. Saludamos a la señora Presidenta muy atentamente. ANÍBAL GLOODTDOFSKY, Representante por Montevideo".

MEDIA HORA PREVIA

6.- Aspiración de que el pueblo saharaui pueda vivir soberanamente en su tierra.

——Se entra a la media hora previa.

(Murmullos)

——Tiene la palabra el señor Diputado Toledo Antúnez.

SEÑOR TOLEDO ANTÚNEZ.- Señora Presidenta: voy a tratar de evitarle el trabajo de llamar la atención

a los señores Diputados; en primer término depende de mí y del interés del tema.

Hablaré de la situación del pueblo saharaui y, si la señora Presidenta me lo permite, en principio haré mención a un trabajo del escritor uruguayo Eduardo Galeano, referido al muro construido por Marruecos en el Sahara Occidental, tierra del pueblo árabe Saharaui, ocupada hace 35 años.

Dice Galeano: "El Muro de Berlín era la noticia cada día. De la mañana a la noche leíamos, veíamos, escuchábamos: el Muro de la Vergüenza, el Muro de la Infamia, la Cortina de Hierro...- Por fin, ese muro, que merecía caer, cayó. Pero otros muros han brotado, siguen brotando, en el mundo, y aunque son mucho más grandes que el de Berlín, de ellos se habla poco o nada.- Poco se habla del muro que los Estados Unidos están alzando en la frontera mexicana [...] Casi nada del Muro de Cisjordania [...] Y nada, nada de nada, se habla de Muro de Marruecos, que desde hace veinte años" -ahora más de veinte años- "perpetúa la ocupación marroquí del Sahara occidental [...] ¿Por qué será" -se pregunta Galeano- "que hay muros tan altisonantes y muros tan mudos? ¿Será por los muros de la incomunicación, que los grandes medios de la comunicación construyen cada día?"

En 1975, la Corte Internacional de Justicia de La Haya había dictaminado: "No se establece vínculo alguno de soberanía entre el Sahara Occidental y Marruecos".

Continúa Galeano: "Mil y una resoluciones de las Naciones Unidas han confirmado el derecho a la autodeterminación del pueblo saharaui.- ¿De qué han servido esas resoluciones? Se iba a hacer un plebiscito, para que la población decidiera su destino". En este punto quiero hacer un paréntesis y decir que un uruguayo, el doctor Gros Espiell, cumplió un importante papel.

El pueblo árabe de Saharaui, ex colonia de España, ha construido campamentos en territorio argelino y, recientemente, en el propio territorio ocupado. Más de veinte mil ciudadanos habitan en un campamento cercano a la capital. Hace algunos días, este fue atacado por fuerzas marroquíes, temiéndose lo peor.

Nos preguntamos, como Galeano y miles de ciudadanos del mundo y más de ochenta países que han reconocido el derecho de autodeterminación de este pueblo, "¿Lo seguiremos aceptando, como si tal cosa? ¿Aceptaremos que en la democracia universal los súbditos solo podemos ejercer el derecho a la obediencia?"

Dice Galeano: "Los patriotas saharauis, que desde hace treinta años luchan por recuperar su lugar en el mundo, han logrado el reconocimiento diplomático de ochenta y dos países. Entre ellos, mi país, el Uruguay". Esto fue al comienzo del primer Gobierno del Frente Amplio, cuando estaba al frente de la Cancillería Reinaldo Gargano.

Vuelvo a Galeano: "Quizás el pueblo del Sahara es culpable porque en sus largas costas reside el mayor tesoro pesquero del océano Atlántico y porque bajo las inmensidades de arena, que tan vacías parecen, yace la mayor reserva mundial de fosfatos y quizá también hay petróleo, gas y uranio".

Termina diciendo Galeano: "Desde hace más de treinta años persiguen, también, la justicia, que en el mundo de nuestro tiempo parece más esquiva que el agua en el desierto".

Señora Presidenta: es hora de que la comunidad internacional se expida contundentemente. Además, aspiramos a que el anuncio de nuestro Presidente sobre la concreción de una Embajada saharaui en nuestro país sea una realidad prontamente. Recordemos que cuando el compañero José Mujica asumió como Presidente de este pueblo, el Presidente de Saharaui estuvo con nosotros en este recinto.

Lo que queremos es que este sufrido pueblo pueda volver a su tierra, reencontrarse con sus hermanos y vivir soberanamente.

Solicito que la versión taquigráfica de mis palabras sea enviada a la Presidencia de la República, a la Cancillería, a las Comisiones de Asuntos Internacionales de ambas Cámaras, al Parlamento del MERCOSUR, al Parlatino, a la Presidencia del pueblo Saharaui, a las Naciones Unidas, a la Mesa Política del Frente Amplio y a las diecinueve Juntas Departamentales.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Se va a votar el trámite solicitado.

(Se vota)

——Cuarenta y seis en cuarenta y ocho: AFIRMATIVA.

7.- Necesidad de habilitar la llegada de cruceros a puertos del departamento de Colonia.

Prioridad de la actividad agropecuaria y el turismo por sobre la forestación.

Tiene la palabra el señor Diputado Planchón Geymonat.

SEÑOR PLANCHÓN GEYMONAT.- Señora Presidenta: en la tarde de hoy voy a plantear dos temas.

El primero de ellos es de gran preocupación para el departamento de Colonia.

Hace pocos días vimos por televisión el lanzamiento de la temporada de cruceros, y Colonia está esperando que se den los pasos necesarios y se tomen las decisiones para que los cruceros puedan llegar a ese departamento.

Al respecto, quiero hacer una reflexión. La Comisión de Turismo de la Cámara de Diputados ha trabajado muy bien, y el señor Ministro Lescano también, pero consideramos que hay que acelerar los pasos para que se concrete una iniciativa que sería muy importante para el departamento de Colonia. Simplemente voy a dar algunas cifras. En el año 2006 se obtuvo US$ 594:000.000 de ingreso bruto por turista y en 2009, US$ 1.312:000.000. Asimismo, en el año 2005 ingresaron 110.000 cruceristas y en el año 2009, 292.000 cruceristas.

Solicito que esta primera parte de mi exposición sea enviada a la Presidencia de la República, al Ministerio de Turismo y Deporte, a la Intendencia y Junta Departamental de Colonia, a la Comisión de Turismo de Colonia y a la Asociación Turística Departamental.

Por otro lado, quiero decir que en el año 2010 se dio un debate importante en mi departamento y en departamentos vecinos, fundamentalmente en el litoral sur, sobre la extranjerización de la tierra, en lo que refiere a su tenencia y a su producción.

Nosotros queremos hacer algunas reflexiones con respecto a este tema. Estamos terminando el año y creo que debe haber un gran compromiso de todo el sistema político y de todos los partidos políticos en lo relativo a la tenencia y a la extranjerización de la tierra.

Nosotros no planteamos que se prohíba la compra de tierras a extranjeros ni que se regule esa posibilidad. Es más, tenemos que decir que la gran mayoría de los uruguayos somos hijos de inmigrantes; en mi caso, soy descendiente de piamonteses que vinieron hace muchos años a trabajar la tierra de este país, que les abrió las puertas. Pero es importante que los productores uruguayos y aquellos que quieran trabajar la tierra tengan líneas de crédito más flexibles del Banco de la República y de la banca en general, así como planes más claros del Instituto Nacional de Colonización.

Estamos de acuerdo con el Presidente de la República cuando dice que el problema no es si la tierra es de un argentino o de un uruguayo. Yo prefiero que sea de un uruguayo, pero estoy de acuerdo en que lo más importante es que la tierra -que es la principal riqueza nacional- se trabaje y produzca.

En ese sentido, realizamos un pedido de informes -y lo reiteramos en estos días- relativo a la cantidad de hectáreas de tierra dedicadas a la producción en nuestro país, y cuánta corresponde a la agricultura, a la ganadería y a la forestación.

(Murmullos)

——Para terminar, quiero decir que debe haber un gran acuerdo político nacional con respecto a algo que es muy importante. El Uruguay es un país agropecuario, ganadero y turístico; creo que debemos priorizar nuestro ganado de todo tipo, nuestra agricultura y nuestro turismo, y debemos entender que la forestación debe estar en un segundo plano. Y esto lo dice un Representante Nacional del departamento de Colonia, en donde, según se dice, se va a instalar una planta de celulosa.

(Murmullos)

——Solicito que esta parte de mi exposición sea enviada a la Presidencia de la República, al Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca y al Instituto Nacional de Colonización.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- La Mesa solicita a los señores Diputados que están haciendo varias reuniones en Sala, que tomen asiento para votar el trámite solicitado por el señor Diputado.

Se va a votar.

(Se vota)

——Cincuenta y cinco en cincuenta y seis: AFIRMATIVA.

8.- Reseña del evento "Mesa para la Paz", desarrollado en la ciudad de Pan de Azúcar el 10 de diciembre.

Elaboración del presupuesto participativo para el departamento de Maldonado.

Tiene la palabra la señora Diputada Ontaneda.

SEÑORA ONTANEDA.- Señora Presidenta: en primer lugar, quiero agradecer a los señores Diputados integrantes de la Comisión de Derechos Humanos de este Parlamento, a las autoridades nacionales y departamentales que acompañaron la primera "Mesa para la Paz", que se realizó en la ciudad de Pan de Azúcar el 10 de diciembre pasado. Dicha Mesa se realizó en conmemoración del Día Internacional de los Derechos Humanos.

Asimismo, deseo agradecer la iniciativa del Director de Derechos Humanos del Ministerio de Educación y Cultura, doctor Javier Miranda, ya que esta Mesa fue inspirada en la que se llevó a cabo en Nuremberg. También quiero agradecer al Municipio de Pan de Azúcar y a los vecinos que concurrieron, y con entusiasmo departieron durante tres horas.

Por otro lado, quiero referirme a algunos hechos que se están dando en nuestro departamento. Maldonado vive en estos momentos -así como otros departamentos- el período más importante del quinquenio: la elaboración del presupuesto participativo. Este presupuesto contempla la égida de la Intendencia de Maldonado y sus ocho Municipios a la luz de la reforma nacional, que ha sido muy importante en el tema de la descentralización.

Precisamente hoy, alrededor de la hora 18 y 30, se comenzará a trabajar en la localidad de Pan de Azúcar, conjuntamente con los vecinos, en la elaboración de ese presupuesto, que se basa en tres ejes filosóficos: la política de infraestructura que deberá llevar adelante el departamento, el aumento de las políticas sociales y la continuación de la reestructura municipal. ¿Para qué? El aumento de la infraestructura tiene el objetivo fundamental de incrementar el trabajo de calidad y sustentable, y es necesaria para el desarrollo del departamento y del país. Es sabido que la nuestra es una zona turística, que alimenta otras partes del país que no tienen las mismas prerrogativas de una zona tan privilegiada.

Estamos hablando de obras como la construcción de la perimetral, necesario "bypass" para que el caudal de vehículos que se dirigen al este del arroyo de Maldonado no se introduzcan en Maldonado y en Punta del Este.

También es necesario para Uruguay la construcción de un centro de convenciones, que también albergará un predio ferial.

El puerto deportivo de Piedras del Chileno producirá una gran desintoxicación del puerto de Punta del Este y organizará las embarcaciones deportivas y de viajes, viabilizando una estructura edilicia que acompañará estas nuevas instalaciones.

Todo esto complementará a más y mejores obras sociales, y contribuirá a la inclusión necesaria de los ciudadanos más desprotegidos del departamento.

Las políticas sociales están dirigidas a la vivienda, a la regularización de asentamientos, al realojo y a la construcción de viviendas.

¿De dónde sacará Maldonado los rubros necesarios para hacer todo lo anterior? Se ha concertado con los actores del departamento lograr en este presupuesto los rubros necesarios para llevar adelante las obras señaladas y que las políticas correspondientes deberán ser aplicadas en todo el departamento, con equidad y justicia, y con la consiguiente distribución en cada territorio, de acuerdo con los criterios ya establecidos para este presupuesto y para el quinquenio pasado: territorialidad, cantidad de habitantes y necesidades básicas insatisfechas. Las políticas deberán ser aplicables, aterrizadas y acordadas con cada Municipio a la luz de la nueva realidad de su existencia.

(Suena el timbre indicador de tiempo)

——Para llevar adelante este presupuesto y, por consiguiente, poder cumplir con los objetivos de los tres ejes señalados, necesitamos, en primer lugar, de la participación de los vecinos. En segundo término, necesitamos la disposición de todos los actores políticos del departamento, y hasta el momento se van acordando con todos las herramientas para obtener los rubros, a saber: fideicomiso de tierras por un valor de US$ 15:000.000 para emplear en vivienda, infraestructura y tierras improductivas, que se transformarán en elementos productivos para el departamento. Esto se complementa con la inversión nacional.

(Campana de orden)

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Solicito que redondee su pensamiento.

SEÑORA ONTANEDA.- Redondeo, señora Presidenta.

En tercer lugar, se plantea una manera diferente de considerar y actualizar la contribución inmobiliaria.

Asimismo, el día de mañana se firmarán varios convenios con la Agencia Nacional de Vivienda, en torno al realojo de los barrios Kennedy y El placer. También los propietarios y vecinos se han comprometido en relación con el fraccionamiento de La Capuera.

Al término de esta recorrida por todo el departamento que está llevándose a cabo por estos días, se estará enmarcando un feliz presupuesto participativo.

Solicito que la versión taquigráfica sea enviada a la Intendencia y Junta Departamental de Maldonado, a APROTUR y a los ocho Municipios de Maldonado.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Se va a votar el trámite solicitado.

(Se vota)

——Cincuenta y tres en cincuenta y cuatro: AFIRMATIVA.

9.- Discrepancia con el cambio de la imagen corporativa de ANTEL.

Tiene la palabra el señor Diputado Posada.

SEÑOR POSADA.- Señora Presidenta: por estos días, los uruguayos estamos viendo en los distintos medios de comunicación, particularmente en los televisivos, un cambio en la imagen corporativa de una de nuestras más importantes empresas públicas. Me refiero a ANTEL.

El cambio de la imagen corporativa de cualquier empresa es un tema profundamente debatido en el ámbito empresarial. De hecho, podríamos mencionar algunas de las empresas líderes de consumo masivo, por ejemplo, en materia de bebidas, que han mantenido la imagen corporativa a lo largo de su historia, a veces con pequeños cambios que van introduciendo casi imperceptiblemente. Esto es así porque, entre otras cosas, se entiende que la imagen corporativa de cualquier entidad está destinada a permanecer en el tiempo, es como la carta de identidad de una empresa.

Por lo tanto, para nuestra sorpresa, sin que se nos haya enterado de este tema, el Directorio de ANTEL resuelve introducir un cambio en la imagen corporativa del Ente, con todo lo que esto conlleva desde el punto de vista del gasto. No hablamos solo de lo que debe haber costado la propuesta, sino de los costos de publicidad, de papelería y de todo lo que habrá que cambiar para introducir la nueva imagen corporativa.

Esta entidad pública, que es monopólica en materia de telefonía básica pero que tiene que competir con otras empresas en el mercado de la trasmisión de datos y en servicios telefónicos celulares, debiera poner su acento en la incorporación de tecnología, en ofrecer a los uruguayos un mejor acceso a los distintos medios de comunicación, en particular, para la trasmisión de datos, área en la que ANTEL tiene, a través de las distintas entidades que la componen, un potencial indudablemente muy importante.

Lamentablemente, por esa suerte de afán fundacional, por aquello de que por aquí pasé yo y tengo que dejar mi estela, se toman decisiones absolutamente inconvenientes desde el punto de vista empresarial, pues se cambia una imagen corporativa, un logo que tiene más de veinte años y que sin duda todos los uruguayos hemos contribuido a identificar como perteneciente a una de nuestras empresas líderes en materia de comunicaciones.

Solicito que la versión taquigráfica de estas palabras que expresan mi preocupación sea enviada al Directorio de ANTEL, al señor Ministro de Industria, Energía y Minería, a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y a la Presidencia de la República.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Se va a votar el trámite solicitado.

(Se vota)

——Cincuenta y cuatro en cincuenta y cinco: AFIRMATIVA.

10.- Recordación del General Líber Seregni.

Tiene la palabra el señor Diputado Asti.

SEÑOR ASTI.- Señora Presidenta, nos vamos a referir a un hecho que se conmemoró ayer: el natalicio del General Líber Seregni.

"La mañana siguiente" no son tres palabras sueltas en la historia de la izquierda uruguaya: son y serán, desde la llegada del General Líber Seregni, una señal de identidad y responsabilidad que ha marcado a nuestra fuerza en el correr de la historia política de este país.

Hoy, más que nunca, y luego de que ayer conmemoráramos un nuevo cumpleaños del General, tienen vigencia sus conceptos, su estrategia, su manera de conducirse, tanto hacia la interna del Frente Amplio como hacia los demás partidos.

No olvidamos que fue él quien, con sus enseñanzas, con su sabiduría, nos marcó permanentemente el camino. Primero, como cofundador y líder de esa unión de izquierdas única en el mundo que es el Frente Amplio. Luego, como guía desde la cárcel, marcando la línea estratégica que debería seguir la fuerza política, como el recordado ejemplo de 1982, expresando en las urnas, con el voto en blanco, la presencia en el sistema político de nuestro Frente Amplio, a pesar de la proscripción impuesta por la dictadura. Dictadura que no le impidió seguir tendiendo puentes de unidad interpartidaria para consolidar un frente democrático que hiciese caer a los golpistas y restaurase la constitucionalidad y el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos suprimidos a la fuerza con el terror y las armas.

Más tarde, con su liberación, nos dio una de sus principales enseñanzas, que hoy más que nunca siento necesario transcribir: "Salgo con la conciencia tan tranquila como entré. Más firme, más convencido de nuestros ideales, más decidido que nunca a entregar, dentro del marco jurídico en el que me encuentro y dentro del límite de mis posibilidades, hasta el último átomo de mis energías al servicio de nuestro pueblo [...]. Fuimos, somos y seremos una fuerza constructora. Obreros de la construcción de la patria del futuro que soñamos. [...] Y lo sentimos como una necesidad porque no hay democracia si no hay paz".

Creo que pocos uruguayos que estuvieron aquel día escuchando sus palabras han olvidado ese mensaje.

Más tarde, en el año 1989, la ruptura del Frente Amplio y el escepticismo con relación a sus posibilidades de ganar las elecciones generales eran un campo fértil para la teoría de que la marca Frente Amplio había llegado a un techo que le impedía crecer lo suficiente como para ganar elecciones. A partir de estos razonamientos, se generaban distintos proyectos, que no necesariamente veían a la unidad de acción, a la búsqueda del consenso permanente, como principios básicos de la unidad del Frente Amplio.

Es en este punto que la figura del compañero Seregni vuelve a cobrar relevancia histórica en defensa del frenteamplismo, haciendo especial hincapié en la vigencia del proyecto del Frente Amplio y en la búsqueda incansable del consenso, una de sus principales fortalezas. En las elecciones de ese año, el Frente Amplio, pese a la ruptura, con su candidatura a la Presidencia, junto al compañero Astori, mantiene su representación parlamentaria y gana la Intendencia de Montevideo con la candidatura de Tabaré.

Fue Seregni quien hizo del Frente Amplio un partido con cultura de gobierno antes de haberlo asumido. Al costo de su propio liderazgo, posicionó al Frente Amplio en la discusión de los grandes temas nacionales, dándole una clara señal a la ciudadanía de que estábamos madurando, ubicándonos como fuerza capaz de gobernar el país.

El 5 de febrero de 1996, en aquel recordado discurso en AFE, el General nos volvió a enseñar a todos que nuestra lucha es la lucha de ideas, sin agravios al adversario. Nos reafirmó la importancia de la autocrítica interna y del peligro de la prevalencia de las chacras por encima del proyecto colectivo.

En estos días de conflictos extremos contra nuestros Gobiernos también recordábamos algo que nos contaba Seregni, en rueda de amigos: que cuando visitó en 1973 a Salvador Allende, poco antes del golpe de Estado y sabiendo este que el General visitaría al recientemente electo Presidente Cámpora en Argentina, le pidió, por su propia experiencia como gobierno de izquierda, que le trasmitiera la necesidad de tener firmeza con los desbordes sindicales desde el principio del gobierno, porque luego sería demasiado tarde; y por supuesto que lo fue para Allende y también para el propio Cámpora.

Sin duda, nos hace mucha falta hoy, entre nosotros, su pensamiento sereno pero firme, su búsqueda del consenso hasta el hartazgo, su visión estratégica a largo plazo, su capacidad de ver el grado de razón en la opinión del otro.

Por todas estas razones es que en fecha tan cercana a su cumpleaños queríamos recordarlo, sin olvi-

dar el justo y modesto homenaje que seguramente significará que la Ruta Interbalnearia lleve su nombre.

Terminamos diciendo que esperamos estar a la altura del legado que el General nos dejó, buscando tener una fuerza política con más frenteamplismo, que priorice el diálogo y el consenso en menoscabo de los intereses sectoriales.

Hasta siempre, compañero General.

Solicito que la versión taquigráfica de estas palabras sea remitida a la Presidencia y Mesa Política del Frente Amplio, a la señora Lilí Lerena de Seregni, a la Fundación Líber Seregni y a la prensa nacional.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Se va a votar el trámite solicitado.

(Se vota)

——Cincuenta y siete por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

11.- Resultados positivos de las políticas de los gobiernos frenteamplistas en materia de trabajo y de seguridad social.

Tiene la palabra el señor Diputado Groba.

SEÑOR GROBA.- Señora Presidenta: ayer en el diario "El País" se publicó que "La tasa de desempleo en todo el país es de 6,2% de la población económicamente activa. Es el registro más bajo en muchos años. Un muy buen resultado, reflejo de una economía que crece por la demanda agregada interna -consumo privado y público e inversiones- [...]".

Por otra parte, según información de la CEPAL que se publica hoy, nuestro país culminará 2010 con un crecimiento de 9%. También en las últimas horas se anuncia que para el año 2011 el Uruguay seguirá creciendo.

Queremos decir que por primera vez el empleo -como estamos viendo- no fue variable de ajuste en el Uruguay ante una crisis internacional.

Este Gobierno, el Gobierno del Frente Amplio, viene demostrando hace un poco más de seis años, la falsedad del mito -entre otros mitos del no se puede- según el que la promoción y la expansión de las relaciones laborales, de los derechos de los trabajadores para toda la actividad privada, como el fuero sindical, la negociación en los Consejos de Salarios para las trabajadoras domésticas y los trabajadores rurales, el fomento de la negociación tripartita, las mejoras en las condiciones de trabajo y de vida de todos los trabajadores y la redistribución de las ganancias, impedirían las inversiones, el crecimiento económico y el desarrollo de la actividad privada en nuestro país.

Por el contrario, hemos dicho durante décadas, y está comprobado actualmente por la realidad, que esta situación de crecimiento y reparto, además de ser justa, traería consigo el mayor consumo interno y recuperaría el trabajo para miles de compatriotas, así como que promovería la actividad empresarial interna, tan duramente castigada durante tanto tiempo y casi inexistente unos años atrás.

Es asombroso el crecimiento de aportes a la seguridad social a partir del mayor empleo y de la formalización de empresarios que, a la vez, incorporan a los derechos de la seguridad social a miles y miles de compatriotas.

Sin dudas, en Uruguay hay más trabajo y se vive mejor. Sin dudas, se va recuperando, a partir del Gobierno frenteamplista, la confianza, las certezas y la seguridad de los inversores en el Uruguay.

En los próximos meses, el Poder Ejecutivo va a ajustar la ley de abreviación de juicios laborales, que sin ninguna duda está terminando para siempre con la industria de la chicana patronal contra los derechos de los trabajadores. Es imperioso abreviar la duración de los juicios laborales. Pero esta ley, aun con la chicana actual -que se eliminará en breve- de presentación de ilegalidad que hacen casi todas las patronales en la práctica, ya está dando innegables resultados. Por ejemplo, en primer lugar, ha habido sentencias dentro de los plazos que marca la ley ante el reconocimiento del incumplimiento de empresarios modernos, que significó que el trabajador no cediera ante la necesidad y cobrara lo que genuinamente le correspondía.

En segundo término, ya se han dinamizado los mecanismos, tanto del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y del BPS como del Poder Judicial, que sin la aplicación de esta ley seguirían anticuada e injustamente lentos. La ley los obligó a "aggiornarse" y a agilitar el proceso dentro de los plazos establecidos.

En tercer lugar, aun con la chicana de declarar inconstitucional el reclamo laboral -tal como fue anunciado en la discusión por algunos Diputados como argumento para que esta ley no se aprobara- para aplazar los pagos y no cumplir con los derechos de los trabajadores, al trabajador le conviene esperar, le resulta mucho más ventajoso, porque recibirá la paga a la cual tiene derecho, con los ajustes correspondientes.

En cuarto término, si a esto sumamos los ajustes que vendrán del Poder Ejecutivo, que conceptualmente no variará el espíritu de los legisladores que aprobaron esta ley, sin duda que estamos ante otro avance histórico importantísimo en cuanto a la justicia, equidad y mejora de las condiciones de trabajo y de salario de los trabajadores.

Este Gobierno seguirá derribando mitos, señora Presidenta: nadie se fundirá por esto, ningún empresario quebrará, a no ser el que no tenga condiciones para mantener una unidad productiva según las normas legales.

Esto quedó demostrado; ya es un dato de la realidad ante el avance en las relaciones laborales, desde hace seis años, en nuestro país.

Solicito que la versión taquigráfica de mis palabras sea remitida a la Mesa Política del Frente Amplio, al PIT-CNT, al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y al Directorio del Banco de Previsión Social.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Se va a votar el trámite solicitado.

(Se vota)

——Cincuenta y ocho en cincuenta y nueve: AFIRMATIVA.

Ha finalizado la media hora previa.

12.- Licencias.
Integración de la Cámara.

Dese cuenta del informe de la Comisión de Asuntos Internos relativo a la integración del Cuerpo.

(Se lee:)

"La Comisión de Asuntos Internos aconseja a la Cámara aprobar las siguientes solicitudes de licencia:

Del señor Representante Darío Pérez, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por los días 14 y 15 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Carlos Corujo.

Del señor Representante Jorge Pozzi, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por los días 14 y 15 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Roque Ramos.

Del señor Representante Julio Bango, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Aldo Guerrini.

Del señor Representante Alberto Perdomo, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el período comprendido entre los días 14 y 29 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Daniel López Villalba.

Del señor Representante Nelson Rodríguez Servetto, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose a la suplente siguiente, señora Solana Cabrera de Abásolo.

Del señor Representante Miguel Otegui, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose a la suplente siguiente, señora María del Carmen Pereira.

De la señora Representante Alma Mallo, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 14 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Nicolás Ortiz.

Del señor Representante Gonzalo Novales, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Jorge Rodríguez Britos.

Del señor Representante Pablo Iturralde, en misión oficial, literal C) del artículo primero de la Ley Nº 17.827, para participar de la "Cúpula de Presidentes del MERCOSUR y la Cumbre Social", a desarrollarse en la ciudad de Foz de Iguazú, República Federativa de Brasil, por el período comprendido entre los días 14 y 20 de diciembre

de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Pablo Díaz.

Del señor Representante Gonzalo De Toro, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 14 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Heber Bousses.

Del señor Representante Gustavo Rombys, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose a la suplente siguiente, señora Cecilia Bottino.

Del señor Representante Gonzalo Mujica, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el período comprendido entre los días 12 y 26 de enero de 2011, convocándose a la suplente siguiente, señora Alda Álvarez.

Del señor Representante Mario Perrachón, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose a la suplente siguiente, señora Mercedes Santalla.

De la señora Representante Graciela Cáceres, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Ramón Nicomedes Giménez.

Del señor Representante Walter De León, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Juan Carlos Hornes".

—En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Sesenta en sesenta y tres: AFIRMATIVA.

Quedan convocados los suplentes correspondientes, quienes se incorporarán a la Cámara en las fechas indicadas.

(ANTECEDENTES:)

"Montevideo, 13 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la

Cámara de Representantes,

Ivonne Passada

Presente.

De mi mayor consideración:

De acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 17.827, solicito al Cuerpo que tan dignamente preside se sirva concederme el uso de licencia los días 14 y 15 de diciembre de 2010, por motivos personales.

Sin más, la saluda atentamente,

DARÍO PÉREZ

Representante por Maldonado".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Maldonado, Darío Pérez.

CONSIDERANDO: Que solicita se le conceda licencia por el período comprendido entre los días 14 y 15 de diciembre de 2010.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Maldonado, Darío Pérez, por el período comprendido entre los días 14 y 15 de diciembre de 2010.

2) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 1813, del Lema Partido Frente Amplio, señor Carlos Corujo.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 13 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada.
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Nº 17.827, solicito a usted se me conceda licencia por motivos personales, desde el día 14 hasta el día 15 de diciembre inclusive del corriente año.

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.

JORGE POZZI
Representante por Montevideo".

"Montevideo, 13 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada.
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente, comunico a usted que no acepto por esta única vez la convocatoria, en virtud de la licencia solicita por el señor Diputado Jorge Pozzi por los días 14 y 15 del mes de diciembre del corriente año.

Sin otro particular, saluda a usted atentamente.

Jorge Caffera".

"Montevideo, 13 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada.
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente, comunico a usted que no acepto por esta única vez la convocatoria, en virtud de la licencia solicita por el señor Diputado Jorge Pozzi del día 14 y 15 de diciembre del corriente año.

Sin otro particular, saluda a usted atentamente.

María Elena Martínez".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Montevideo, Jorge Pozzi.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el período comprendido entre los días 14 y 15 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Jorge Caffera y María Elena Martínez.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Montevideo, Jorge Pozzi, por el período comprendido entre los días 14 y 15 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Jorge Caffera y María Elena Martínez.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 99000, del Lema Partido Frente Amplio, señor Roque Ramos.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente solicito se me conceda licencia por razones personales, para el día 15 de diciembre de 2010, requiriéndole se convoque al suplente respectivo.

Sin otro particular, saluda a usted muy atentamente,

JULIO BANGO
Representante por Montevideo".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Daniel Espósito, cédula de identidad Nº 1.282.587-0 en mi calidad de suplente del señor Representante Nacional, comunico a usted que me encuentro imposibilitado –solo por esta vez- de

asumir el cargo de Representante para el cual fui convocado por ese Cuerpo.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

Daniel Espósito".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

El que suscribe, Fernando Isabella, C.I. Nº 2.912.781-3, en mi calidad de suplente del señor representante Nacional, comunico a usted que me encuentro imposibilitado por esta sola vez de asumir el cargo de Representante para el cual fui convocado por ese Cuerpo.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

Fernando Isabella".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Montevideo, Julio Bango.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Fernando Isabella y Daniel Epósito.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Montevideo, Julio Bango, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Fernando Isabella y Daniel Espósito.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 90, del Lema Partido Frente Amplio, señor Aldo Guerrini.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por este intermedio, solicito a usted uso de licencia desde el día de la fecha hasta el 29 de los corrientes, por motivos personales. Le ruego convoque a mi suplente respectivo.

Aprovecho la oportunidad para saludarla en mi más alta consideración y estima,

ALBERTO PERDOMO
Representante por Canelones".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Al haber sido convocado por el Cuerpo que usted preside, cúmpleme informarle que por esta vez no aceptaré la convocatoria de la que fui objeto, por la que le ruego se sirva convocar al suplente respectivo.

Saluda muy atentamente,

Mauricio Cusano".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Canelones, Alberto Perdomo.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el período comprendido entre los días 14 y 29 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no acepta la convocatoria de que ha sido objeto el suplente siguiente señor Mauricio Cusano.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Canelones, Alberto Perdomo, por el período comprendido entre los días 14 y 29 de diciembre de 2010.

2) Acéptase la denegatoria presentada, por esta única vez, por el suplente siguiente señor Mauricio Cusano.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2010, del Lema Partido Nacional, señor Daniel López Villalba.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:
Por la presente solicito licencia por motivos personales por el día 15 de diciembre y se convoque al suplente correspondiente.
Sin otro particular, saludo.
NELSON RODRÍGUEZ
Representante por Maldonado".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:
Por la presente comunico a usted que por esta única vez no podré concurrir a la presente citación.
Saluda a Ud. muy atentamente,
Martín Laventure".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:
Por la presente comunico a usted que por esta única vez no podré concurrir a la presente citación.
Saluda a Ud. muy atentamente,
Homero Bonilla".

"Maldonado, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:
Por la presente comunico a usted que por esta única vez no podré concurrir a la presente citación.
Saluda a Ud. muy atentamente,
Wilson Jesús Bentancor".

"Maldonado, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:
Por la presente comunico a usted que por esta única vez no podré concurrir a la presente citación.
Saluda a Ud. muy atentamente,
José Hualde".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Maldonado, Nelson Rodríguez Servetto.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Martín Laventure, Homero Bonilla, Wilson Bentancor, y José Hualde.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Maldonado, Nelson Rodríguez Servetto, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Martín Laventure, Homero Bonilla, Wilson Bentancor, y José Hualde.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al su-

plente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 21, del Lema Partido Nacional, señora Solana Cabrera de Abásalo.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente solicito a usted licencia el día 15 de diciembre de 2010, por razones particulares, por lo cual y de conformidad al inciso 3º de la Ley Nº 17.827, se proceda a convocar a la suplente correspondiente, señora María del Carmen Pereira.

Sin otro particular, la saluda a usted muy atentamente,

MIGUEL OTEGUI
Representante por Paysandú".

"Paysandú, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por medio de la presente comunico a usted que renuncio por esta oportunidad a la convocatoria para desempeñar la suplencia del titular Miguel Otegui, el día 15 de diciembre de 2010, por lo que solicito se convoque a la suplente correspondiente, señora María del Carmen Pereira.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

Mónica Beatriz Peralta Suárez".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Paysandú, Miguel J. Otegui.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no acepta la convocatoria de que ha sido objeto el suplente siguiente señora Mónica Peralta.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Paysandú, Miguel J. Otegui, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Acéptase la denegatoria presentada, por esta única vez, por el suplente siguiente señora Mónica Peralta.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2004, del Lema Partido Nacional, señora María del Carmen Pereira.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 13 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Al amparo de lo previsto por la Ley Nº 17.827, solicito al Cuerpo que usted preside se sirva concederme el uso de licencia por razones personales por el día de mañana 14 del presente mes del año en curso.

Sin otro particular, le saluda atentamente.

ALMA MALLO
Representante por Montevideo".

"Montevideo, 13 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Le informo que por esta única vez no acepto la convocatoria efectuada por el Cuerpo que usted tan dignamente preside, por el día 14 de diciembre del corriente año.

Sin otro particular, la saludo con mi más alta consideración y estima

Álvaro Fernández".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, de la señora Representante por el departamento de Montevideo, Alma Mallo.

CONSIDERANDO: I)Que solicita se le conceda licencia por el día 14 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no acepta la convocatoria de que ha sido objeto el suplente siguiente señor Álvaro Fernández.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, a la señora Representante por el departamento de Montevideo, Alma Mallo, por el día 14 de diciembre de 2010.

2) Acéptase la denegatoria presentada, por esta única vez, por el suplente siguiente señor Álvaro Fernández.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 10, del Lema Partido Colorado, señor Nicolás Ortiz.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la

Cámara de Representantes,

Ivonne Passada

Presente.

De mi mayor consideración.

Por la presente solicito ante la Cámara de Representantes licencia por motivos personales para el día 15 de diciembre de 2010.

Sin más, la saluda atentamente,

GONZALO NOVALES

Representante por Soriano".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Soriano, Gonzalo Novales.

CONSIDERANDO: Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Soriano, Gonzalo Novales, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 903, del Lema Partido Nacional, señor Jorge Rodríguez Britos.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la

Cámara de Representantes,

Ivonne Passada

Presente

De mi mayor consideración.

Me dirijo a usted a efectos de solicitar licencia en mi cargo de Representante Nacional entre los días 14 y 20 del corriente por tareas inherentes a mi cargo (literal C) artículo 1º de la Ley Nº 17.827) a efectos de cumplir con la convocatoria que como Parlamentario MERCOSUR, me realizaran para asistir a las actividades que se desarrollarán durante la “Cúpula de Presidentes del MERCOSUR y la Cumbre social”, en la ciudad de Foz de Iguazú-Brasil.

Sin otro particular y agradeciendo convoque a mi suplente correspondiente, la saluda atentamente,

PABLO ITURRALDE VIÑAS

Representante por Montevideo".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente
De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted a efectos de comunicar que no voy a aceptar la convocatoria que se me hiciera para integrar la Cámara que usted preside, entre el 14 y 20 del corriente por esta vez y por motivos personales.

Sin otro particular, la saluda muy atentamente,

Fernando Ripoll".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia para viajar al exterior en misión oficial, del señor Representante por el departamento de Montevideo, Pablo Iturralde, para concurrir a la "Cúpula de Presidentes del MERCOSUR y la Cumbre Social", a desarrollarse en la ciudad de Foz de Iguazú, República Federativa del Brasil.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el período comprendido entre los días 14 y 20 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no acepta la convocatoria de que ha sido objeto el suplente siguiente señor Fernando Ripoll.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el literal C) del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia en misión oficial, por el período comprendido entre los días 14 y 20 de diciembre de 2010, al señor Representante por el departamento de Montevideo, Pablo Iturralde, para concurrir a la "Cúpula de Presidentes del MERCOSUR y la Cumbre Social", a desarrollarse en la ciudad de Foz de Iguazú, República Federativa del Brasil.

2) Acéptase la renuncia presentada, por esta única vez, por el suplente siguiente señor Fernando Ripoll.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2004, del Lema Partido Nacional, señor Pablo Díaz.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a lo establecido, solicito al Cuerpo que usted tan honorablemente preside, me conceda licencia por motivos personales, por el día de la fecha.

Saluda atentamente,

GONZALO DE TORO
Representante por Montevideo".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el Sr. Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Daniel Caggiani".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el Sr. Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Rubén García".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el Sr. Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Lucía Forteza".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el Sr. Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Julio Baráibar".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el Sr. Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Daniel Montiel".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el Sr. Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

José Fernández".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Montevideo, Gonzalo De Toro.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 14 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Daniel Caggiani, Ruben García, Lucía Forteza, Julio Baráibar, Daniel Montiel y José Fernández.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Montevideo, Gonzalo De Toro, por el día 14 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Daniel Caggiani, Ruben García, Lucía Forteza, Julio Baraibar, Daniel Montiel y José Fernández.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 609, del Lema Partido Frente Amplio, señor Heber Bousses.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 16.465, solicito al Cuerpo que usted tan honorablemente preside, me conceda licencia por el día 15 de diciembre del 2010.

Sin otro particular, le saluda muy cordialmente,

GUSTAVO ROMBYS
Representante por Paysandú".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Paysandú, Gustavo Rombys.

CONSIDERANDO: Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Paysandú, Gustavo Rombys, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 609, del Lema Partido Frente Amplio, señora Cecilia Bottino.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la

Cámara de Representantes,

Ivonne Passada.

Presente.

De mi mayor consideración:

De acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 16.465, solicito al Cuerpo que tan dignamente preside, se sirva concederme el uso de licencia por motivos personales, en el período comprendido entre el 12/01/2011 al 26/01/2011,

Sin otro particular, saluda muy cordialmente,

GONZALO MUJICA

Representante por Montevideo".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el Sr. Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Alma Chiodi".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el Sr. Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Raquel Barreiro".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Montevideo, Gonzalo Mujica.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el período comprendido entre los días 12 y 26 de enero de 2011.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señoras Alma Chiodi y Raquel Barreiro.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Montevideo, Gonzalo Mujica, por el período comprendido entre los días 12 y 26 de enero de 2011.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señoras Alma Chiodi y Raquel Barreiro.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, a la suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 609, del Lema Partido Frente Amplio, señora Alda Álvarez.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por intermedio de esta nota remito a usted el presente pedido de licencia por motivos personales para el día miércoles 15 del corriente, y en virtud de esto solicito que se convoque a mi suplente respectiva señora Mercedes Santalla.

Sin otro particular, le saludo atentamente,

MARIO PERRACHÓN
Representante por Colonia".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Colonia, Mario Perrachón.

CONSIDERANDO: Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Colonia, Mario Perrachón, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, a la suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 6091001, del Lema Partido Frente Amplio, señora Mercedes Santalla.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 15 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a lo establecido, solicito al Cuerpo que usted tan honorablemente preside, me conceda licencia por motivos personales por el día 15 de diciembre de 2010.

Sin más, saluda atentamente,

GRACIELA CÁCERES
Representante por Río Negro".

"Montevideo, 15 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca en el día de la fecha.

Sin más, saluda atentamente,

Álvaro Martínez".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, de la señora Representante por el departamento de Río Negro, Graciela Cáceres.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no acepta la convocatoria de que ha sido objeto el suplente siguiente señor Álvaro Martínez.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, a la señora Representante por el departamento de Río Negro, Graciela Cáceres, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Acéptase la denegatoria presentada, por esta única vez, por el suplente siguiente señor Álvaro Martínez.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 609, del Lema Partido Frente Amplio, señor Ramón Nicomedes Giménez.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

Por la presente y conforme al inciso 3 del artículo 1º de la Ley Nº 17.827, solicito licencia por motivos personales para el día 15 de diciembre del corriente año y se convoque para los mismos a mi suplente respectivo.

Sin otro particular, saludo atentamente,

WALTER DE LEÓN
Representante por San José".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el señor Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente,

Pablo Cortés".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por el señor Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Marcos Sarazola".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de San José, Walter De León.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Pablo Cortés y Marco Zarazola.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de San José, Walter De León, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Pablo Cortés y Marco Zarazola.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 6091001, del Lema Partido Frente Amplio, señor Juan Carlos Hornes.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

13.- Supresión de sesión ordinaria.

——Dese cuenta de una moción de orden presentada por la señora Diputada Tourné y los señores Diputados Caram, Espinosa y Posada.

(Se lee:)

"Mocionamos para que se deje sin efecto la sesión ordinaria del día 15 de diciembre a las 16 horas".

——Se va a votar.

(Se vota)

——Sesenta y dos en sesenta y tres: AFIRMATIVA.

14.- Sesión extraordinaria.

Dese cuenta de una moción de orden presentada por la señora Diputada Tourné y los señores Diputados Caram, Espinosa y Posada.

(Se lee:)

"Mocionamos para que la Cámara se reúna en sesión extraordinaria el miércoles 15, a la hora 10, a los efectos de tratar los siguientes asuntos: 1) Sistema Tributario. (Modificaciones a la Ley Nº 18.083). (Carpeta Nº 467/2010).- 2) Personal Militar. (Se faculta al Poder Ejecutivo a encomendarle el cumplimiento de funciones transitorias de guardia perimetral y control de acceso en cárceles, penitenciarías y centros de recuperación). (Carpeta Nº 518/2010)".

——Se va a votar.

(Se vota)

——Sesenta y dos en sesenta y cuatro: AFIRMATIVA.

15.- Comisiones permanentes, especiales e investigadoras. (Autorización para reunirse durante el receso).

Dese cuenta de una moción presentada por la señora Diputada Tourné y los señores Diputados Caram, Espinosa y Posada.

(Se lee:)

"Mocionamos para que se autorice a las Comisiones de la Cámara a sesionar durante el receso parlamentario".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Sesenta y cuatro en sesenta y cinco: AFIRMATIVA.

16.- Urgencias.

Dese cuenta de una moción de urgencia presentada por la señora Diputada Tourné y los señores Diputados Caram, Espinosa y Posada.

(Se lee:)

"Mocionamos para que se declare urgente y se considere de inmediato el asunto 'Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios)'. (Carpeta Nº 525/2010)".

——Se va a votar.

(Se vota)

——Sesenta y seis en sesenta y ocho: AFIRMATIVA.

Se deja constancia de que en la votación efectuada está incluida la habilitación que prevé el artículo 139 del Reglamento para la consideración de asuntos ingresados a la Cámara en los últimos treinta días del presente período legislativo.

17.- Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios).

De acuerdo con lo resuelto por la Cámara, se pasa a considerar el asunto relativo a: "Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios".

(ANTECEDENTES:)

Rep. Nº 445

"PODER EJECUTIVO

Montevideo, 30 de noviembre de 2010.

Señor Presidente de la Asamblea General

El Poder Ejecutivo tiene el honor de remitir a la Asamblea General el proyecto de ley adjunto, en el que se define el cronograma de incorporación al Seguro Nacional de Salud de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios, proceso gradual que se completará en el año 2016.

Por otra parte, se introducen ajustes a la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, regulatoria del Sistema Nacional de Salud, en lo que refiere a los aportes personales al Fondo Nacional de Salud. El cambio propuesto al régimen vigente implica que el financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud pasará a sustentarse menos en el componente de contribuciones a la seguridad social y más en el componente de financiamiento tributario a través de Rentas Generales. No debe perderse de vista que dicha fuente de financiamiento tiene un alto componente progresivo a partir de los cambios incorporados al sis-

tema tributario en julio de 2007 y que, los compromisos programáticos de la fuerza política de gobierno, permiten augurar una profundización de dicho sesgo progresivo.

Asimismo y a partir de la próxima incorporación al Seguro Nacional de Salud de los beneficiarios de cajas de auxilio, se habilita la constitución de seguros convencionales de enfermedad y la pervivencia de los actualmente existentes, bajo nuevas normas que acotan su objeto a brindar prestaciones sanitarias no cubiertas por el Seguro Nacional de Salud y subsidios por enfermedad o complementos de los mismos.

Por último y en el afán de garantizar la protección de la salud de la infancia y adolescencia, se contempla la eventualidad de que algunos integrantes de estos colectivos queden sin cobertura a causa de que los generantes adultos del amparo del Seguro Nacional de Salud para ellos, pierdan la actividad que les concede tal derecho, no accediendo al subsidio por inactividad compensada o habiendo el mismo agotado su vigencia.

Saludamos a este alto Cuerpo con la mayor estima y consideración.

JOSÉ MUJICA, EDUARDO BONOMI, LUIS ALMAGRO, PEDRO BUONOMO, LUIS ROSADILLA, RICARDO EHRLICH, ENRIQUE PINTADO, EDGARDO ORTUÑO, EDUARDO BRENTA, DANIEL OLESKER, TABARÉ AGUERRE, HÉCTOR LESCANO, GRACIELA MUSLERA, ANA MARÍA VIGNOLI.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Reforma de la Salud, iniciada al amparo de las Leyes Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005, y Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, fiel a su objetivo fundamental de asegurar el acceso universal a servicios de atención integral de salud, transita su segunda etapa.

Durante ella, se pretende avanzar sustancialmente en la incorporación al Seguro Nacional de Salud de los colectivos todavía no amparados, así como ajustar su sistema de gasto y financiamiento, de modo que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad.

Con el objetivo de dotar de sustento jurídico a las transformaciones que se consideran necesarias, la presente ley se estructura en cinco capítulos: Incorporación de jubilados y pensionistas; Ajustes al régimen de contribuciones al Fondo Nacional de Salud; Modificaciones al régimen de cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad; Continuidad del amparo de menores y mayores con discapacidad, y Disposiciones transitorias.

CAPÍTULO I. INGRESO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

Este capítulo determina el ingreso gradual de la totalidad de jubilados y pensionistas que todavía no cuenten con el amparo del Seguro Nacional de Salud. La incorporación al mismo asegurará a esos colectivos no solo la posibilidad de contar con cobertura integral de salud brindada a través de prestadores públicos o privados, sino que además garantiza para todos sus integrantes el derecho a no ser rechazados por ninguno de esos prestadores en virtud de la evaluación de riesgos derivados de la edad, enfermedades preexistentes u otras características individuales.

El amparo del Seguro Nacional de Salud también los hace acreedores de beneficios especiales, como una canasta de tickets y órdenes gratuitos, que atiende a las necesidades asistenciales más frecuentes, tanto de consultas médicas como de estudios paraclínicos y medicamentos.

El cronograma de ingresos desarrollado en el artículo 1º de esta ley fue definido en base a un conjunto de consideraciones sobre la situación de vulnerabilidad social de esos colectivos y a su nivel de ingresos.

Por su mayor vulnerabilidad social, en primer lugar se contempla el ingreso de los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos no superen las cuatro BPC (bases de prestaciones y contribuciones).

A partir del 1º de julio de 2012, comenzarán a incorporarse progresivamente los pasivos que al 1º de diciembre de 2010 no cuenten con cobertura brindada por un prestador privado de los que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud. Los criterios con los que se diseñó la progresividad de su incorporación, responden al igual que en el caso anterior, a la necesidad de atender prioritariamente a los grupos menos favorecidos de la población. Así seguirán ingresando las personas con menores haberes por concepto de jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, para completar el ingreso de los jubilados y pensionistas referidos en el año 2016.

Paralelamente, se establece la incorporación de jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010, estén pagando privadamente su cuota de prepago a prestadores privados, todos los cuales ingresarán al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2012. En este caso, la gradualidad está refe-

rida a la forma en que realizarán su contribución al Fondo Nacional de Salud estos pasivos, así como al monto de la cuota salud que recibirán los prestadores en cuyos registros de usuarios se inscriban por la atención integral de salud que les brinden. El principio rector es que dichos beneficiarios tengan una erogación menor a la que hoy les significa la cuota de prepago, conservando las mismas prestaciones a las que se sumarán la ya mencionada canasta de tickets y órdenes gratuitos. En 2016 todos estos jubilados y pensionistas solamente realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud que prevé la Ley Nº 18.211 con las modificaciones introducidas por la presente ley. Los prestadores, por su parte, a partir del mismo año recibirán el monto total de la cápita que corresponda a esos pasivos de acuerdo a la edad y sexo de los mismos.

Cabe destacar que la incorporación de los referidos colectivos, que suman casi medio millón de personas, a un sistema en el que lo que perciben los prestadores por los servicios que presten está vinculado al riesgo sanitario de los usuarios, dotará de mayores ingresos al conjunto de las instituciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, consolidando la sustentabilidad de largo plazo del sistema en su conjunto, y generando condiciones para alcanzar mayores niveles de calidad en la atención brindada.

El ingreso de jubilados y pensionistas bajo las modalidades antedichas, supone modificaciones al contrato de gestión vigente suscripto entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores que integran el Sistema Nacional de Salud. Los prestadores que acuerden con el nuevo régimen, serán los que podrán recibir como usuarios a los nuevos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

CAPÍTULO II. AJUSTES EN EL RÉGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD

Este capítulo introduce modificaciones significativas en el régimen de contribuciones al Fondo Nacional de Salud, a cargo de quienes sean o resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud. A tal efecto, se incorpora al artículo 55 de la Ley Nº 18.211 un inciso que faculta al Poder Ejecutivo a determinar el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de la persona, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas como ya indica la ley citada, las expectativas de vida de la población, las cuotas del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración del seguro.

Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma de las contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud realizadas durante el año civil, con la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones recibidas por el beneficiario, sus hijos menores o mayores con discapacidad y su cónyuge o concubino a los que conceda el mismo amparo durante el mismo período, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento). Si la primera de las sumas es mayor que la segunda, el excedente le será devuelto al titular de la aportación. En caso que el saldo sea negativo, éste no tendrá que realizar ninguna aportación complementaria.

El artículo 12 contempla especialmente los aportes de quienes obtengan ingresos originados fuera de la relación de dependencia, introduciendo modificaciones a lo dispuesto al respecto por los artículos 70 y 71 de la Ley Nº 18.211. Dichos artículos disponen que los sujetos referidos deberán calcular su contribución tomando como base el mismo monto imponible utilizado para liquidar el Impuesto a las Retribuciones Personales (IRPF) o el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), según corresponda.

Los ajustes propuestos a dicho régimen de aportación, consisten en otorgarle a las contribuciones el carácter de anticipos a cuenta de una liquidación de carácter anual. Esta liquidación anual en base a los montos imponibles del IRPF o del IRAE, deberá compararse con la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones correspondientes al titular del amparo de dicho seguro, a sus hijos menores o mayores con discapacidad y a su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, si los anticipos por contribuciones resultaran mayores que la primera de las sumas, el excedente le será devuelto a los contribuyentes individuales, si los anticipos fueran menores, la diferencia no dará lugar al pago de saldo.

Asimismo, en el artículo 70 de la Ley Nº 18.211 se introducen modificaciones con la finalidad de definir la forma de aportación, en aquellos casos en que un sujeto obtiene ingresos por prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, conjuntamente con ingresos de otra naturaleza.

Otro de los aspectos fundamentales que genera dudas en el régimen de aportación, es la falta de claridad de la norma vigente en lo que refiere a los ingresos obtenidos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia a través

de formas asociativas, entre otras modalidades a través de sociedades comerciales comprendidas en la Ley Nº 16.060, de 4 de setiembre de 1989, de sociedades civiles o de sociedades de hecho con objeto civil.

Para determinar el alcance de la aportación cuando se utilizan formas asociativas, se propone agregar un inciso a dicho artículo 70 para determinar que solamente quedan comprendidos en el régimen los ingresos correspondientes a prestaciones de servicios personales, obtenidos a través de las entidades que se encuentran en régimen de atribución de rentas en sede del Impuesto a las Rentas de las Personas Físicas (IRPF). Estas entidades, entre las cuales se encuentran las sociedades civiles, las sociedades de hecho con objeto civil y otras con o sin personería jurídica, aplicarán un régimen de transparencia fiscal, mediante el cual atribuyen sus ingresos directamente a sus integrantes y son éstos los que deben liquidar el IRPF. Alternativamente, estas entidades pueden optar por liquidar el IRAE, en cuyo caso no efectúan la atribución de ingresos.

La presente ley dispone que si las entidades referidas se encuentran en régimen de atribución plena de ingresos a sus integrantes para la liquidación del IRPF, también deberán atribuir ingresos para que esos integrantes liquiden individualmente el aporte al Fondo Nacional de Salud. Si la entidad hubiera optado por liquidar por sí el IRAE, deberá atribuir a sus integrantes la cuota correspondiente sobre la renta neta fiscal gravada.

En el inciso cuarto del artículo 70, se aclara que los prestadores de servicios personales solamente aplicarán la tasa de aportación al Fondo Nacional de Salud, correspondiente a los trabajadores, quedando fuera del régimen de aportación la tasa correspondiente al aporte patronal básico. Este ajuste se vincula con la definición de los prestadores de servicios personales como trabajadores independientes.

El artículo 71 de la Ley Nº 18.211 regula el régimen de aportación al Fondo Nacional de Salud de las empresas unipersonales que no tengan más de un trabajador dependiente. En el inciso segundo del referido artículo la norma dispone el tránsito al nuevo régimen para las empresas unipersonales que presten "solamente" servicios personales fuera de la relación de dependencia. La utilización del término "solamente" presenta un problema en la medida que no queda rigurosamente determinado el régimen al cual quedan sometidas aquellas empresas unipersonales que obtienen ingresos por la prestación de servicios personales, y además obtienen ingresos generados por otras actividades.

Para solucionar este inconveniente, se introducen modificaciones al segundo inciso del artículo 71, disponiendo que si la empresa unipersonal combina la obtención de ingresos provenientes de la prestación de servicios personales conjuntamente con otros ingresos, deberá aportar en cada régimen según corresponda a cada tipo de ingreso.

También introduce una modificación al inciso primero del artículo 71 de la Ley Nº 18.211, a los efectos de extender el derecho al Seguro Nacional de Salud a los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, que tengan hasta cinco trabajadores subordinados.

Por razones de buena administración se dispone que el nuevo régimen de aportación entre en vigencia a partir del 1º de julio de 2011, en razón de lo cual se modifican las fechas establecidas por los referidos artículos 70 y 71.

Es intención del Poder Ejecutivo que la Dirección General Impositiva colabore en la recaudación y fiscalización del tributo, en particular en lo referente a las contribuciones a cargo de los prestadores de servicios personales fuera de la relación de dependencia. A tales efectos se propone agregar un inciso al artículo 57 de la Ley Nº 18.211, de manera de facultar al Poder Ejecutivo a disponer que dicha Oficina ejecute la colaboración mencionada.

Por último, el artículo 16 de esta ley viene a reparar una omisión del inciso quinto del artículo 61 de la Ley Nº 18.211, por cuanto el mismo no determina la tasa de aportación habilitante de la extensión del amparo del Seguro Nacional de Salud a cónyuges o concubinos de unipersonales rurales allí comprendidos. A tal efecto, se establece dicha tasa, manteniendo los criterios de aportación vigentes para este colectivo.

CAPÍTULO III. MODIFICACIONES AL RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Nº 18.211, los trabajadores comprendidos en el régimen de cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad que funcionan al amparo de lo previsto en los artículos 41 a 48 del Decreto-Ley Nº 14.407, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1º de enero de 2011.

Así, un importante núcleo dentro de esos colectivos, como lo son los trabajadores que prestan servicios para múltiples instituciones financieras, pasaron a estar amparados por el Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de enero de 2010, según lo dispuso el Decreto 830/008, de 31 de diciembre de 2008, dictado al amparo de lo previsto por el artículo 76 de la Ley Nº 18.211.

Contemplando las inquietudes de las personas amparadas por cajas de auxilio o seguros convencionales -centradas en el destino de los activos acumulados por las mismas, la conservación de las prestaciones complementarias, incluido el complemento del subsidio por enfermedad y la cobertura de los jubilados amparados por dichas cajas- se evaluó conveniente consagrar un dispositivo legal que habilite a las existentes a continuar brindando prestaciones no incluidas entre las que están a cargo del Seguro Nacional de Salud.

De este modo, al tiempo que los colectivos cubiertos por dichas cajas son incorporados al régimen solidario de carácter nacional en materia sanitaria, se permite que estas experiencias participativas de larga data a nivel de empresa o rama de actividad, continúen sirviendo otros beneficios vinculados la salud y a la seguridad social de los trabajadores que amparan.

La oportunidad es propicia, además, para actualizar la normativa concerniente a la constitución y regulación de los seguros convencionales en general. En efecto, las disposiciones de rango legal que abordan esta temática datan del período dictatorial, durante el cual no era posible la indispensable negociación colectiva en que han de generarse estas experiencias.

En consecuencia, se sustituye el Capítulo X del Decreto-Ley Nº 14.407 por las nuevas normas desarrolladas en este capítulo. Así se dispone que la constitución de seguros convencionales será acordada por los sujetos indicados en el artículo 14 de la Ley de Negociación Colectiva (Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009), a la vez que se circunscribe el nuevo objeto de dichos seguros a prestaciones ajenas al Seguro Nacional de Salud.

A las cajas de auxilio ya existentes, se les concede un plazo razonable para adecuar sus estatutos al objeto más acotado que tendrán en el futuro y para acreditar su viabilidad dentro de este nuevo marco.

Para contribuir a esto último, el primer paso fue promover un incremento del subsidio por enfermedad, llevando gradualmente su tope a 8 BPC (bases de prestaciones y contribuciones) para la totalidad de los trabajadores, propuesta que se encuentra en trámite parlamentario. Esta medida disminuirá el peso económico para las cajas de auxilio respecto a complementar el subsidio por enfermedad hasta el 100% (cien por ciento).

Por otra parte, en esta ley se establece para dichas cajas de auxilio un régimen de transición, que supone un aporte del Fondo Nacional de Salud a través de una gradualidad en los aportes que tiene derecho a percibir de los beneficiarios de las mismas, de modo de permitir que durante los primeros cuatro años contados a partir de la vigencia del nuevo régimen puedan capitalizarse para quedar en condiciones de continuar atendiendo las prestaciones complementarias a que se acotará su objeto.

Los artículos 17 a 22 recogen el diseño de las nuevas cajas de auxilio o seguros convencionales -términos que a los efectos de esta ley se declaran equivalentes- las que, a diferencia de las actuales, tendrán la naturaleza de seguros complementarios .

El artículo 24 determina la gradualidad de los aportes personales que supone una distribución de los mismos entre el Fondo Nacional de Salud y las respectivas cajas, que culmina el 1º de enero de 2015, cuando la totalidad de dichos aportes será vertida al primero.

El artículo 25 habilita la incorporación al Seguro Nacional de Salud, de los jubilados hoy amparados por seguros convencionales existentes, a fin de asegurarles continuidad en la cobertura integral de salud, sin perjuicio de que mantengan a título complementario su afiliación a las cajas de auxilio modificadas. En este caso, la totalidad de los aportes que correspondan por aplicación de los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211 serán vertidos íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde la incorporación.

En caso de disolución, tanto de las cajas de auxilio actuales transformadas en los términos de esta ley, como de las que se creen bajo su régimen, los recursos con que cuenten en ese momento deberán ser vertidos al Fondo Nacional de Salud, como lo dispone el artículo 28.

A todos esos seguros convencionales también se les garantizan los beneficios que concede el literal R del artículo 52 del Título 4 del Texto Ordenado 1996, mediante su inclusión expresa en el mismo.

CAPÍTULO IV. CONTINUIDAD DEL AMPARO DE MENORES Y MAYORES CON DISCAPACIDAD

Como lo determina el artículo 64 de la Ley Nº 18.211, los adultos beneficiarios del Seguro Na-

cional de Salud conceden el mismo amparo a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad.

En caso de que dichos generantes dejen de contar con dicho amparo a consecuencia de la pérdida de la actividad laboral que se los concedía o por el término de los beneficios de subsidio por inactividad compensada, los menores o mayores con discapacidad a su cargo corren la misma suerte.

Teniendo en cuenta que la atención integral de salud de la infancia y de la adolescencia son prioritarias para la reforma de salud, el artículo 30 de esta ley garantiza para los integrantes de estos colectivos que se encuentren en la situación antedicha, el mantenimiento de la cobertura del Seguro Nacional de Salud por doce meses, con la sola condición de que el período de aportación que concedió el derecho no sea inferior a un año.

CAPÍTULO V. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

El artículo 31 consagra la sustitución del régimen de cajas de auxilio o seguros convencionales vigente, a través de la derogación de los artículos pertinentes del Decreto-Ley Nº 14.407.

Por último, se compete al Poder Ejecutivo la reglamentación de esta ley, a los efectos de facilitar su operatividad.

PROYECTO DE LEY

CAPÍTULO I

INGRESO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

Artículo 1º.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud los jubilados y pensionistas no amparados por el mismo a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, con excepción de aquellos a que refiere el artículo 63 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, y de los retirados y pensionistas de los Servicios de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas y de la Dirección Nacional de Asistencia Social Policial.

La incorporación de las personas a que refiere el inciso anterior se realizará en las siguientes fechas y condiciones:

1) Tratándose de jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010 no cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se tomarán en cuenta el nivel de ingresos correspondientes a las jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares y la edad a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, de acuerdo al siguiente cronograma .

   a. A partir del 1º de julio de 2012 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 74 (setenta y cuatro) años, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 3 BPC (tres bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

   b. A partir del 1º de julio de 2013 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 70 (setenta) años, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

   c. A partir del 1º de julio de 2014 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 65 (sesenta y cinco) años, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 5 BPC (cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

   d. A partir del 1º de julio de 2015 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 60 (sesenta) años, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 10 BPC (diez bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

   e. A partir del 1º de julio de 2016 se incorporarán los jubilados y pensionistas que no hayan quedado comprendidos en los literales anteriores.

2) La incorporación de aquellos jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010 cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se realizará en todos los casos a partir del 1º de julio de 2012.

3) Los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos totales por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, se incorporarán a partir del 1º de julio de 2011.

Artículo 2º.- Los cónyuges o concubinos a cargo de los jubilados y pensionistas amparados por el Seguro Nacional de Salud a que refiere el artículo 1º de

la presente ley, se incorporarán a dicho seguro a partir del 1º de julio de 2016.

Artículo 3º.- Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Los aportes al Fondo Nacional de Salud que deberán realizar los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, se determinarán teniendo en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y el monto que resulte de aplicar sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad, similares a lo previsto en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de acuerdo al siguiente cronograma:

A partir del 1º de julio de 2012 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 20% (veinte por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

A partir del 1º de julio de 2013 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

A partir del 1º de julio de 2014 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

A partir del 1º de julio de 2015 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

A partir del 1º de julio de 2016 los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

En caso que el valor de los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, fuese mayor al valor promedio de la cuota de afiliación individual, el aporte a realizar a partir del 1º de julio de 2012 será el mencionado en primer término.

Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, podrán optar en cualquier momento por renunciar a la cobertura de dicho seguro, dejando de realizar los aportes previstos en el presente artículo. En tal caso, dichas personas se reincorporarán obligatoriamente al mismo a partir del 1º de julio de 2016.

Todos los jubilados y pensionistas que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley cuenten con cobertura del Seguro Nacional de Salud, deberán realizar los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones y pensiones, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el tercer inciso del artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 7º de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil. En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud.

Artículo 4º.- Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente al presta-

dor en cuyos registros de usuarios esté inscripto el beneficiario un 80% (ochenta por ciento) del valor de la cuota salud correspondiente determinada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, excluido el componente metas asistenciales, durante el primer año a contar desde la fecha de incorporación, un 90% (noventa por ciento) de dicho valor durante el segundo año y el 100% (cien por ciento) a partir del tercer año. A dicho monto se adicionará el 100% (cien por ciento) del componente metas asistenciales que correspondan, sin perjuicio del prorrateo por nivel de cumplimiento de las mismas.

Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente a los respectivos prestadores una cuota que tendrá en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y la cuota salud prevista en el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, según el siguiente cronograma:

A partir del 1º de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 20% (veinte por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

A partir del 1º de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

A partir del 1º de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

A partir del 1º de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

A partir del 1º de julio de 2016, el valor de la cuota salud que corresponda.

Artículo 5º.- Los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º de la presente ley, que opten por registrarse en un seguro integral de los que integran el Seguro Nacional de Salud según lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, realizarán en todos los casos los aportes al Fondo Nacional de Salud determinados por los artículos 61 y 66 de esa ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte del contribuyente, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 22 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, y la reglamentación aplicable.

Artículo 6º.- El valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva se calculará para el mes de diciembre de 2010 y se reajustará en las mismas oportunidades y porcentajes de aumento que determine el Poder Ejecutivo para las cuotas de afiliación individual.

Artículo 7º.- Los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º de la presente ley que se incorporen al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011 sólo podrán estar registrados como usuarios en un prestador que haya suscrito con la Junta Nacional de Salud, creada por el artículo 23 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, un anexo al contrato de gestión vigente que contemple las modalidades de su incorporación al seguro en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 8º.- Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, podrán elegir el prestador de su preferencia entre aquellos que hayan firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el artículo anterior de la presente ley, de conformidad con la reglamentación aplicable. Una vez que el registro en el prestador elegido haya quedado firme, deberán permanecer en el mismo por 5 (cinco años).

Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el numeral 2 del artículo 1º de la presente ley, deberán permanecer en el prestador en el que estuvieran registrados, por 5 (cinco) años, a contar desde el 1º de julio de 2012. En el caso que dicho prestador no hubiere firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el artículo anterior de la presente ley, deberán trasladar su registro de usuario a otro prestador que sí lo haya firmado. En este caso, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente al prestador en cuyo registro el usuario esté inscripto de acuerdo a lo previs-

to en el inciso primero del artículo 4º de la presente ley.

CAPÍTULO II

AJUSTES EN EL RÉGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD

Artículo 9º.- Sustitúyese el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

El Poder Ejecutivo también determinará el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas en el inciso anterior, las expectativas de vida de la población, las cuotas del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración de dicho seguro.

La cuota salud y el costo promedio equivalente se actualizarán con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores".

Artículo 10.- Agrégase al artículo 57 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, el siguiente inciso:

"Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, en los casos que lo determine el Poder Ejecutivo, la Dirección General Impositiva colaborará en la recaudación y fiscalización de los aportes al Fondo Nacional de Salud".

Artículo 11.- Agréganse al artículo 61 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, los siguientes incisos:

"Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil. En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud. En el marco de convenios colectivos suscriptos de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, los contribuyentes podrán destinar dicho excedente, en forma total o parcial, al financiamiento de las cajas de auxilio o seguros convencionales, en los términos previstos en dicho convenio.

Las contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud realizadas por los propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, se adicionarán a los aportes personales a los efectos de lo dispuesto en el inciso anterior.

Lo dispuesto en los dos incisos anteriores del presente artículo regirá a partir del 1º de enero de 2011".

Artículo 12.- Sustitúyese el artículo 70 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.

En caso que los sujetos a que refiere el inciso anterior se hallen incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), las referidas alícuotas se aplicarán sobre la base imponible de dicho tributo. Para quienes obtengan ingresos por prestación de servicios personales conjuntamente con otros ingresos, el monto imponible se determinará en la proporción correspondiente a los ingresos por prestación de servicios personales respecto de los ingresos totales.

Cuando la prestación de los servicios referidos se realice a través de entidades comprendidas en el artículo 7 del Título 7 del Texto Ordenado 1996, los ingresos provenientes de dicha actividad se atribuirán a los socios o integrantes, según las normas o contratos aplicables a cada caso; si la entidad hubiera optado por liquidar el IRAE, la atribución se realizará por la base imponible de dicho tributo de acuerdo a lo dispuesto en el inciso anterior. En caso de no existir prueba fehaciente a juicio de la administración, los ingresos se atribuirán en partes iguales.

Los sujetos referidos en el primer inciso realizarán anticipas mensuales a cuenta de los aportes anuales al Fondo Nacional de Salud, aplicando la tasa que corresponda al 70% (setenta por ciento) de los ingresos mensuales gravados.

Los sujetos referidos en el inciso segundo del presente artículo realizarán anticipos mensuales a cuenta del aporte anual al Fondo Nacional de Salud. A tales efectos aplicarán a los ingresos mensuales referidos en el inciso primero, la relación derivada de aplicar la alícuota correspondiente al monto imponible, respecto de tales ingresos anuales. Si a la fecha en que debe efectuarse el pago del anticipo no se hubiera obtenido la relación indicada por no haber vencido el plazo de presentación de la correspondiente declaración jurada, deberá calcularse ese anticipo en base a la relación utilizada para el último anticipo del ejercicio anterior.

Las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud correspondientes a trabajadores dependientes que además se encuentren comprendidos en el presente artículo, se computarán como anticipos a los efectos de lo dispuesto en el inciso siguiente. También se computarán como anticipos las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud en carácter de propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975.

Al cierre del ejercicio fiscal del contribuyente, según corresponda, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes atribuya el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los anticipos realizados en el ejercicio. En caso que la suma de los anticipos sea superior, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes del Fondo Nacional de Salud.

Las alícuotas referidas precedentemente se aplicarán de acuerdo a lo establecido en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, a excepción de las dispuestas para el aporte patronal básico. Para los sujetos que perciben exclusivamente ingresos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, a los anticipos resultantes se les adicionará un complemento hasta la concurrencia con el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la referida norma legal.

Los sujetos referidos en el presente artículo, que en el curso del ejercicio fiscal obtengan exclusivamente ingresos por prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia que no superen las 30 BPC (treinta bases de prestaciones y contribuciones), dejarán de recibir los beneficios del Seguro Nacional de Salud a partir del ejercicio fiscal siguiente. A partir del momento que superen la referida cifra volverán a quedar comprendidos en el Seguro Nacional de Salud, debiendo en tal caso realizar el aporte tomando en consideración los ingresos acumulados desde el inicio del ejercicio.

La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1º de julio de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación".

Artículo 13.- Modifícase el literal D) del artículo 8º del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, in-

corporado por el artículo 1º del Decreto-Ley Nº 15.087, de 9 de diciembre de 1980, en la redacción dada por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"D) Los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en este decreto-ley, que no tengan más de 5 (cinco) trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social".

Artículo 14.- Modifícase el segundo inciso del artículo 7º de la Ley Nº 15.852, de 24 de diciembre de 1986, incorporado por el artículo 2º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, en la redacción dada por el artículo 4º de la Ley Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"Estarán asimismo en condiciones de percibir el beneficio las empresas unipersonales que emplean no más de cinco trabajadores subordinados".

Artículo 15.- Sustitúyese el artículo 71 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones). Del mismo modo, aquellos que no tengan más de 5 (cinco) trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011 y realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten total o parcialmente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 30 de junio de 2011, por la parte correspondiente a dichos servicios; a partir del 1º de julio de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo 70 de la presente ley. Por la parte correspondiente a otros ingresos, continuarán rigiéndose por lo dispuesto en el inciso anterior".

Artículo 16.- Sustitúyese el quinto inciso del artículo 61 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán los siguientes porcentajes del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992:

45% (cuarenta y cinco por ciento) si no se encuentran en la situación a que refiere el artículo 64 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

60% (sesenta por ciento) si se encuentran en la situación referida en el literal anterior.

20% (veinte por ciento) adicional a los aportes previstos en los literales A) y B), si tienen cónyuge o concubino en condiciones de ingresar al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, y su reglamentación".

CAPÍTULO III

MODIFICACIONES AL RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

Artículo 17.- Podrán constituirse cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad por convenio colectivo entre los sujetos indicados en el artículo 14 de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

a) el convenio supondrá la creación de una persona jurídica sin finalidad de lucro, cuyo órgano directivo estará investido de todas las facultades y competencias necesarias para el buen funcionamiento de la entidad e integrado, de modo paritario, por representantes de empleadores y trabajadores;

b) el objeto de dicha persona jurídica será el servicio de prestaciones sanitarias que no brinde el Seguro Nacional de Salud, así como de subsidios por enfermedad o complementos de los

subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia;

c) la financiación del seguro se hará mediante aportes de los empleadores y de los trabajadores, no pudiendo las tasas de aportación de estos últimos superar el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones;

d) los fondos del seguro se contabilizarán y administrarán con total independencia de la administración de las empresas y de las organizaciones representativas de empleadores y/o trabajadores eventualmente comprendidos.

El convenio correspondiente deberá presentarse ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, acompañado de un estudio técnico que demuestre la viabilidad financiera del seguro convencional.

Cumplidos los requisitos previstos en el primer inciso del presente artículo y las exigencias formales previstas en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, y de considerarse acreditada la factibilidad a que refiere el inciso anterior, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, homologará el convenio y concederá, en el mismo acto, la personería jurídica.

El convenio, una vez registrado y publicado conforme a lo establecido por el artículo 16 de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, tendrá los efectos previstos en dicha norma .

A los efectos de la presente ley, los términos "cajas de auxilio" y "seguros convencionales de enfermedad" se consideran equivalentes.

Artículo 18.- La financiación de los gastos totales operativos y prestaciones que sirvan las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad, se hará con aportes adicionales personales y patronales, no pudiendo estos últimos ser menores al 50% (cincuenta por ciento) del total aportado, salvo que se acuerden porcentajes diferentes de aportes patronales y personales a través de convenio colectivo.

El Poder Ejecutivo promoverá la celebración de acuerdos que permitan financiar los gastos aludidos en el párrafo anterior, en el transcurso de un año a partir de la fecha de promulgación de la presente ley.

Artículo 19.- Contra las decisiones ilegales o antiestatutarias dictadas por el órgano de administración de un seguro convencional de enfermedad, procederá el recurso de revocación, el que deberá interponerse dentro del plazo de 10 (diez) días siguientes al de la notificación de la decisión al interesado .

El recurso de revocación deberá ser resuelto dentro del término de 30 (treinta) días contados desde el siguiente al de la interposición del mismo. Vencido el plazo antedicho sin resolución expresa, se entenderá rechazado el recurso en cuestión, quedando abierta la vía judicial ordinaria.

Artículo 20.- Cuando el Poder Ejecutivo, por sí o a instancias del Banco de Previsión Social, considere ilegal la gestión o los actos de los seguros convencionales de enfermedad, podrá hacerles las observaciones que crea pertinentes, así como disponer la suspensión de los actos observados.

Artículo 21.- En caso de ser desatendidas las observaciones a que refiere el artículo anterior de la presente ley, o cuando así lo aconseje el Banco de Previsión Social, o el conjunto de los representantes de los empleadores o de los trabajadores en el órgano de administración del seguro, o el 20% (veinte por ciento) de los afiliados al mismo, el Poder Ejecutivo podrá disponer la intervención de la caja de auxilio.

Dicha intervención podrá ser encomendada al Banco de Previsión Social y sólo se decretará cuando se configure riesgo cierto para el servicio, por grave irregularidad imputable a sus autoridades, no pudiendo extenderse por más de noventa días, prorrogables por otro tanto en caso de necesidad justificada por motivos graves.

Artículo 22.- La intervención se dispondrá con las siguientes finalidades:

a) investigar las causas de los hechos que la motivaron y deslindar las responsabilidades ocurrentes;

b) renovar las autoridades naturales de la entidad, de acuerdo con el estatuto acordado en el convenio.

Mientras esto último no se produzca, continuarán al frente del seguro convencional las autoridades encargadas de la intervención.

Artículo 23.- Las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad existentes al momento de entrada en vigencia de la presente ley, cuyos colectivos amparados sean o hayan sido incorporados al Seguro Nacional de Salud en virtud de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, podrán, a partir de la vigencia de la presente ley o de la referida incorporación, si ésta aconteciere después, servir aquellas prestaciones que no brinde el Seguro Nacional de Salud, subsidios por enfermedad o complementos de subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa con-

tingencia, así como toda otra prestación que estén brindando al día de entrada en vigencia de la presente ley.

A tales efectos, dispondrán de un plazo de un año desde la entrada en vigencia de la presente ley o desde la incorporación de su colectivo al Seguro Nacional de Salud, si esto aconteciere después, para presentar ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la correspondiente modificación de su convenio o estatuto, acompañada del estudio técnico a que refiere el inciso segundo del artículo 17 de la presente ley.

Cumplidos los requisitos establecidos en el inciso primero del artículo 17 de la presente ley y las exigencias formales previstas en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, y de considerar acreditada la viabilidad financiera del seguro, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, aprobará la modificación estatutaria. En caso contrario, realizará las observaciones correspondientes a ser levantadas por los interesados en un plazo de treinta días. En caso de que el estatuto contraviniera las disposiciones previstas en la presente ley, el Poder Ejecutivo dispondrá por acto administrativo la cancelación de la personería jurídica del seguro convencional, previo otorgamiento de las garantías previstas en el Decreto 500/991.

Artículo 24.- Los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad a los que refiere el artículo anterior de la presente ley, realizarán los correspondientes aportes al Fondo Nacional de Salud, conforme a lo previsto por los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

El aporte patronal se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por cónyuges o concubinos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por hijos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal restante se realizará con la siguiente gradualidad:

A partir del 1º de enero de 2012: 1,5% (uno con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

A partir del 1º de enero de 2013: 2,5% (dos con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

A partir del 1º de enero de 2014: 3,5% (tres con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

A partir del 1º de enero de 2015: toda la aportación para el Fondo Nacional de Salud.

Artículo 25.- Los jubilados que cuenten con cobertura integral de salud financiada por cajas de auxilio o seguros convencionales existentes a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, ingresarán al Seguro Nacional de Salud, aportando, sobre el total de haberes jubilatorios, las tasas establecidas por el inciso séptimo del artículo 61 y por el artículo 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar. Los aportes resultantes se volcarán íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde su incorporación al Seguro Nacional de Salud.

Esta incorporación no obstará a que continúen amparados por la caja de auxilio o seguro convencional que les brindaba cobertura, en las condiciones que resultan de los artículos 17 y 23 de la presente ley.

Artículo 26.- La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, de los trabajadores y jubilados amparados por cajas de auxilio y seguros convencionales a que refiere el primer inciso del artículo 69 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, regirán a partir del 1º de julio de 2011 y se realizarán en la forma que determine la reglamentación.

Las personas a que refiere el inciso anterior del presente artículo, aunque ya fueren beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, podrán elegir el prestador de su preferencia de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación aplicable.

Artículo 27.- Los seguros convencionales de enfermedad a que refiere el artículo 23 de la presente ley aportarán mensualmente al Banco de Previsión Social una tasa del total de la recaudación que perciban por aportes, en virtud de la actividad de contralor que el mencionado organismo ejerce sobre aquéllos, que tendrá la siguiente gradualidad:

A partir del 1º de julio de 2011: 0,4% (cero con cuatro por ciento).

A partir del 1º de enero de 2012: 0,3% (cero con tres por ciento).

A partir del 1º de enero de 2013: 0,2% (cero con dos por ciento).

A partir del 1º de enero de 2014: 0,1% (cero con uno por ciento).

A partir del 1º de enero de 2015: 0% (cero por ciento).

Artículo 28.- En caso de disolución de un seguro convencional, los recursos existentes a esa fecha deberán ser vertidos al Fondo Nacional de Salud.

Artículo 29.- Agrégase al literal R del artículo 52 del Título 4 del Texto Ordenado 1996 el siguiente inciso:

"Asimismo quedan comprendidas en el presente literal las cajas de auxilio y seguros convencionales por enfermedad, siempre que sus actividades sean sin fines de lucro".

CAPÍTULO IV

CONTINUIDAD DEL AMPARO DE MENORES Y MAYORES CON DISCAPACIDAD

Artículo 30.- Los menores de 18 (dieciocho) años y los mayores de esa edad con discapacidad a que refiere el artículo 64 de Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, mantendrán el amparo del Seguro Nacional de Salud, aun cuando el aporte al Fondo Nacional de Salud que lo generó haya cesado como consecuencia de la pérdida de actividad del generante o por el término de los beneficios de subsidio por inactividad compensada del mismo.

Tal amparo se mantendrá por un período de doce meses continuos contados a partir del mes siguiente al del cese de la aportación y en la medida en que el período de aportación haya sido no menor a un año, y cesará si el beneficiario obtiene el mismo amparo por sí o a través de otro generante.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 31.- Deróganse los artículos 41 a 48 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, y demás normas que se opongan a la presente ley.

Artículo 32.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley.

Montevideo, 30 de noviembre de 2010.

EDUARDO BONOMI, LUIS ALMAGRO, PEDRO BUONOMO, LUIS ROSADILLA, RICARDO EHRLICH, ENRIQUE PINTADO, EDGARDO ORTUÑO, EDUARDO BRENTA, DANIEL OLESKER, TABARÉ AGUERRE, HÉCTOR LESCANO, GRACIELA MUSLERA, ANA MARÍA VIGNOLI".

Anexo I al
Rep. Nº 445

"CÁMARA DE REPRESENTANTES
Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social

INFORME EN MAYORÍA

Señores Representantes:

Vuestra Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, ha considerado y aprobado el proyecto de ley remitido por el Poder Ejecutivo, por el que se establece el cronograma de incorporación al Seguro Nacional de Salud de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios.

Desde la pasada administración, las políticas de salud han constituido un componente central dentro del conjunto de políticas sociales aplicadas, contribuyendo decididamente a la mejora de la calidad de vida de las personas, protegiéndolas de las enfermedades y de la pesada carga económica que éstas suponen; constituyéndose en un factor importante en la redistribución del ingreso de nuestra población.

El cambio de modelo en materia de políticas de salud, parte de un nuevo paradigma que considera a la salud como un derecho humano esencial, un bien público y social y una responsabilidad de estado y de gobierno.

En este sentido, uno de los componentes fundamentales de las nuevas políticas en la materia fue la reforma estructural en el sistema de salud, implementando el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el objetivo de proporcionar cobertura universal para todos los habitantes del país dando justicia y equidad en el acceso a la salud y en su financiamiento, poniendo especial atención en la calidad asistencial, así como en la eficiencia y la sustentabilidad del sistema.

Para ello, la Reforma se inició a partir de las Leyes Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005, y Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, generando un nuevo diseño en cuanto a las entidades prestadoras de salud, así como en el financiamiento y modelo de prestación.

Estos cambios normativos y estructurales junto al sustancial incremento en materia de gastos e inversiones en salud, han constituido una prioridad central en los planes que, tanto en la anterior administración como en el actual gobierno, se están implementando.

Al momento de iniciar el proceso de reforma, la salud en nuestro país presentaba serias inequidades y desequilibrios en el plano económico y asistencial. El viejo modelo de asistencia se encontraba fuertemente fragmentado en cuanto a la oferta de servicios de salud, dividido en dos grandes subsectores, el público y el privado, caracterizados por una distribución absolutamente desigual de los recursos destinados a los mismos. A modo de ejemplo, recordamos que el gasto por usuario de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) era tres veces superior al de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Los incrementos presupuestales ejecutados en la anterior administración y ratificados en el actual Presupuesto Quinquenal en vías de aprobación parlamentaria, han significado y significarán un volumen de recursos muy importantes que permitieron incrementar significativamente los salarios de médicos y no médicos en el sector público, así como un incremento sustantivo de los recursos destinados a inversiones, los que en términos reales se multiplicaron por diez entre el año 2004 y 2010, permitiendo una mejora sostenida de la calidad de los servicios de atención primaria, así como la refacción de locales y las mejoras de sus instalaciones.

Naturalmente la reforma de la salud se planteó desde un inicio como un proceso gradual, teniendo como objetivo fundamental alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población, implementando un modelo de atención integral, universal y equitativo; basado en objetivos sanitarios que prioricen al usuario y la calidad de la atención, unido a un financiamiento solidario, tanto a nivel intergeneracional, como de género, como de aportación de las personas en función de sus posibilidades, de las empresas y del Estado.

Basado en este objetivo estratégico, está en marcha la primera etapa de desarrollo del sistema, por un lado la descentralización de ASSE como prestador de servicios de salud y por otro la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con sus distintos componentes.

Los componentes principales del Sistema Nacional Integrado de Salud, están cimentados en el rol del Ministerio de Salud Pública como rector del SNIS y de policía sanitaria. El Ministerio de Salud Pública asume las definiciones en materia de políticas de salud y las normas orientadoras y regulatorias de los diferentes programas, así como con el registro, habilitación, regulación y contralor de los prestadores que integran el SNIS.

Precisamente, a partir de una mayor regulación, la Junta Nacional de Salud (JUNASA) administra el Seguro y vela por los principios rectores y los objetivos del SNIS.

En este sentido el diseño del Seguro Nacional de Salud y su marco regulatorio han significado incentivos que promueven el logro de los objetivos definidos: la calidad asistencial, la eficacia sanitaria y la equidad. Para ello se están utilizando herramientas fundamentales como el plan de prestaciones integrales, los contratos de gestión y la cuota salud.

En el Plan de Prestaciones Integrales se definen taxativamente el conjunto de prestaciones que todos los prestadores de salud deben brindar a los usuarios, sin excepciones.

A través de la firma de los Contratos de Gestión entre los prestadores de salud y la JUNASA, se establecen un conjunto de compromisos que asumen los prestadores, apuntando a la mejora del modelo y de la calidad de atención que, en la medida que eventualmente no se cumplan, éstos son pasibles de diversos tipos de sanciones. Dentro de los compromisos, destacamos la obligación de brindar los programas integrales incluidos en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Entre otros aspectos y a modo de ejemplo, se amplía la cobertura en salud mental, se establecen beneficios especiales a jubilados de bajos recursos amparados por el SNS, se definen controles de salud, obligatorios y gratuitos a niños y adolescentes y se estipulan los tiempos de espera máximos para las consultas.

Por su parte. La Cuota Salud es el pago que el FONASA realiza a los prestadores de salud y está compuesta por dos elementos; la cápita, ajustada a variables demográficas asociadas a riesgos sanitarios y un "componente meta", que premia el cumplimiento de un conjunto de metas asistenciales, ligadas a la promoción del primer nivel de atención.

Como decíamos, el Sistema está en marcha y necesariamente debe de seguir avanzando hasta llegar a la universalización del mismo, así como la mejora paulatina de las prestaciones.

A su vez, la gradualidad comprometida en cuanto a los ingresos de colectivos al Seguro de Salud a par-

tir de la Ley Nº 18.211, se complementa con el ingreso de los cónyuges y concubinos de los de los trabajadores y trabajadoras aportantes al FONASA, de acuerdo al cronograma establecido en dicha ley:

A partir de diciembre de 2010, ingresan quienes tienen tres o más hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad a cargo, significan entres veinticinco mil y veintisiete mil personas con un costo de US$ 14.000.000 (catorce millones de dólares)

En diciembre de 2011, ingresarán quienes tienen dos hijos menores de dieciocho años o mayores de edad con discapacidad a cargo, significan entre cuarenta y tres mil y cuarenta y seis mil personas con un costo de US$ 23.000.000 (veintitrés millones de dólares).

En diciembre de 2012, ingresarán quienes tienen un hijo menor de dieciocho años o mayor de esa edad con discapacidad a cargo, significan entre cincuenta y tres mil y cincuenta y ocho mil personas con un costo de US$ 32.000.000 (treinta y dos millones de dólares).

Finalmente en diciembre de 2013, ingresarán quienes no tienen hijos menores de dieciocho años o mayores de esa edad con discapacidad a cargo, significan entre ochenta y un mil y noventa y tres mil personas con un costo de US$ 70.000.000 (setenta millones de dólares).

En total, el ingreso de los cónyuges y concubinos implican el ingreso de entre doscientas cincuenta mil y doscientas ochenta mil personas, con un costo aparejado de US$ 139.000.000 (ciento treinta y nueve millones de dólares).

Del mismo modo, la Ley Nº 18.211, en sus artículos 69 y 70, incluye el ingreso de los beneficiarios de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Salud. Luego de distintas instancias de intercambio y negociación con los colectivos involucrados, se plantean modificaciones respecto a la gradualidad de los aportes al FONASA, así como la preservación de seguros complementarios que puedan establecer prestaciones no contempladas por el Seguro Nacional de Salud.

Cabe destacar que uno de los aspectos que debemos analizar junto con la integración de los beneficiarios de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales, es el proyecto de ley que mejora sustancialmente y en forma gradual, el subsidio por enfermedad que sirve el BPS a los trabajadores que pierden salario cuando están enfermos.

Este proyecto de ley, que ya cuenta con media sanción de la Cámara de Representantes, establece un cronograma de incremento de los topes máximos establecidos en la normativa vigente, tres Bases de Prestaciones y Contribuciones, elevándolos en un plazo de cinco años a ocho Bases de Prestaciones y Contribuciones. Esta mejora, largamente anhelada por los trabajadores, no sólo significa un beneficio para las personas que perciben esa prestación de las Cajas de Auxilio y en su inmensa mayoría no lo perderán con su ingreso al FONASA, sino que va a beneficiar a cientos de miles de trabajadores que ven reducidos sus ingresos dramáticamente cuando precisamente más lo necesitan.

SEGUNDA ETAPA DE LA REFORMA DE LA SALUD

En este marco, el gobierno nacional, fiel a los compromisos asumidos en su programa de gobierno, ha remitido al Parlamento el proyecto de ley que ponemos a consideración del Pleno de la Cámara de Representantes, luego de ser discutido y enriquecido en las Comisiones integradas de Hacienda y de Salud Pública y Asistencia Social.

Este proyecto tiene como objetivo fundamental, asegurar el acceso universal a servicios de atención integral de salud, avanzando en esta segunda etapa, con la incorporación al Seguro Nacional de Salud de los colectivos que todavía no están amparados por el mismo; así como ajustar el sistema de gasto y financiamiento, tratando de asegurar mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad.

Los cinco capítulos que integran el proyecto, articulan claramente los pasos que concluyen en el inicio de la segunda etapa de la reforma.

CAPÍTULO I. INGRESO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS (artículos 1º al 8º)

Uno de los compromisos sociales más trascendentes que hemos asumido, refieren a la integración al Seguro Nacional de Salud de la totalidad de los jubilados y pensionistas.

Sin dudas el sector de personas con mayor necesidad de contar con servicios de salud integrales y sin condiciones.

En efecto la incorporación gradual de los pasivos al FONASA implica el acceso de este colectivo a cuatro derechos básicos:

a) La posibilidad de contar con cobertura integral de salud y de optar por el prestador que deseen.

b) Garantizar este derecho evitando la discriminación que supone, como sucede en el presente, que los prestadores rechacen a estas personas por consideraciones relativas a costos y riesgos sanitarios.

c) El derecho a acceder a una canasta de tickets y órdenes gratuitos.

d) El ingreso de los cónyuges o concubinos en el último tramo del proceso gradual planteado en el cronograma establecido.

La gradualidad que establece el proyecto para el ingreso en etapas de jubilados y pensionistas al SNS, toma en cuenta el costo que necesariamente debe asumir el Estado en función de lo altamente deficitario que implica el ingreso de este colectivo, resultante del aporte que realicen por sus pasividades al FONASA y el costo de las cápitas que se volcarán a los prestatarios de los servicios de salud.

El cronograma de ingresos desarrollado en el artículo 1º surge de la consideración sobre la situación de vulnerabilidad social de los distintos colectivos y el nivel de ingresos que tienen.

Por ello en primer lugar, a partir de 1º de julio de 2011, ingresarán los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos no superen las cuatro Bases de Prestaciones y Contribuciones, equivalentes a $ 8.244 (ocho mil doscientos cuarenta y cuatro pesos).

En segundo término, comenzarán a integrarse los pasivos que al 1º de diciembre de 2010 no tengan cobertura brindada por un prestador privado, tomando en cuenta los ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, priorizando a los de mayor edad y menos ingresos, de acuerdo al siguiente cronograma:

- Julio de 2012 ingresan pasivos mayores de setenta y cuatro años y con ingresos inferiores 3 BPC equivalentes a $ 6.183(seis mil ciento ochenta y tres pesos uruguayos) significa entre treinta y dos mil y treinta y tres mil personas.

- Julio de 2013 ingresan pasivos mayores de setenta años y con ingresos inferiores a 4 BPC, equivalentes a $ 8.245 (ocho mil doscientos cuarenta y cinco pesos uruguayos) significa entre treinta y tres mil y treinta y cuatro mil personas.

- Julio de 2014 ingresan pasivos mayores de sesenta y cinco años y con ingresos inferiores a 5 BPC equivalentes a $ 10.305 (diez mil trescientos cinco pesos uruguayos) significa entre treinta y un mil y treinta y cuatro mil personas.

- Julio de 2015 ingresan pasivos mayores de sesenta años y con ingresos inferiores a 10 BPC equivalentes a $ 20.610 (veinte mil seiscientos diez pesos uruguayos) significa entre veinticinco mil y treinta mil personas.

- Julio de 2016 ingresan el resto de los pasivos, entre cincuenta y tres mil y cincuenta y cinco mil personas.

En tercer término se establece la incorporación de los jubilados y pensionistas que a la fecha se encuentren abonando una cuota prepaga a los prestadores privados de salud. A partir del 1º de julio de 2012, se incorporarán al FONASA la totalidad de estos pasivos, alcanzando por ello los cuatro derechos básicos definidos anteriormente.

La gradualidad en este caso refiere a la forma en que los pasivos realizarán su contribución al FONASA, así como en el monto que recibirán las instituciones por su cobertura.

El principio rector que define esta gradualidad es que los pasivos paguen desde un principio un monto menor al que pagan al día de hoy por su cuota mutual y a su vez que las prestadoras de salud privadas, perciban un monto superior a la cuota que actualmente paga el pasivo.

Al cabo de cinco años se completa el tránsito gradual, a partir del 1º de julio de 2016, los pasivos solamente aportarán el monto correspondiente a su aporte al FONASA y las instituciones recibirán el monto total de la cápita correspondiente de acuerdo a la edad y sexo de la persona.

Con este mecanismo se logra que los pasivos vayan reduciendo progresivamente los montos que pagan y las instituciones del sistema vayan recibiendo mayores ingresos por la cobertura que brindan.

En el 2012 aportarán el monto correspondiente al FONASA y el fisco pagará a las instituciones de asistencia médica colectiva el 20% (veinte por ciento) de la diferencia entre la cuota mutual y el monto que representa el aporte del beneficiario, mientras que el otro 80% (ochenta por ciento) lo pagará el pasivo.

El segundo año el porcentaje de la diferencia entre el aporte del beneficiario y la cuota mutual que cubrirá el fisco será del 40%. (cuarenta por ciento). Así irá aumentando el porcentaje de cobertura a cargo del fisco a razón de 20% (veinte por ciento) de la diferencia entre el aporte del beneficiario y la cuota mutual cada año hasta llegar al 100% (cien por ciento). Desde ese momento, finalmente el pasivo sólo aportará el

porcentaje correspondiente al FONASA por sus ingresos.

Las instituciones prestadoras de salud recibirán del fisco a partir del segundo año, la diferencia entre la cuota mutual y el valor de la cuota salud correspondiente al pasivo, a razón de un 20% (veinte por ciento) por año, hasta completar el valor total de su cuota salud.

El ingreso de jubilados y pensionistas con la gradualidad planteada en los términos planteados por el proyecto, supone modificaciones al contrato de gestión vigente firmado entre la JUNASA y los prestadores que integran el SNS: Aquellos que acuerden con el nuevo régimen, serán los que podrán recibir como usuarios a los nuevos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

De acuerdo a la información proporcionada por los representantes del PE, el universo de jubilados y pensionistas que se integrará al Seguro Nacional de Salud al final del proceso de inclusión ronda las cuatrocientas cinco mil personas y el costo que implica su integración se estima en US$ 260.000.000 (doscientos sesenta millones de dólares).

Sin dudas un esfuerzo muy importante en beneficio de un sector prioritario en materia de políticas sociales y de salud.

CAPÍTULO II. AJUSTES EN EL RÉGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD (ARTÍCULOS 9º AL 16)

En este capítulo se introducen una serie de modificaciones al régimen de aportaciones al Fondo Nacional de Salud FONASA.

Por el artículo 9º se incorpora un inciso al artículo 55 de la Ley Nº 18211, por el cual el Poder Ejecutivo determinará el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas por la citada ley, las expectativas de vida de la población, las cuotas del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración del seguro.

En los artículos 10 y 11 se establece un nuevo mecanismo de cálculo para la aportación al FONASA y se habilita a la Dirección General Impositiva a colaborar en la recaudación y fiscalización de los aportes al FONASA.

El nuevo mecanismo de aportación al FONASA, con vigencia a partir del 1º de enero de 2011, implica que al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma de las contribuciones personales al FONASA realizadas durante el año civil, con la suma del costo promedio equivalente para el SNS de las prestaciones recibidas por el beneficiario, sus hijos menores de dieciocho años o mayores con discapacidad y su cónyuge o concubino a los que conceda el mismo amparo durante el mismo período, de acuerdo al artículo 9º, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento). Si de la comparación de ambas sumas los aportes personales al FONASA son mayores que el costo promedio equivalente, el excedente le será devuelto al titular de la aportación. En caso que el saldo sea negativo, el beneficiario no deberá realizar ninguna aportación complementaria.

El cambio planteado implica que el financiamiento del SNIS pasará a sustentarse menos en el componente de "contribuciones a la seguridad social" y más en el componente de "financiamiento tributario a través de Rentas Generales". Se trata de eliminar el componente impositivo que pudiera estar asociado a las contribuciones al FONASA, lo que necesariamente se complementa con una profundización del financiamiento del SNIS a través de los impuestos que paga el conjunto de la ciudadanía.

Consecuentemente con este cambio conceptual referido al financiamiento del FONASA, el Poder Ejecutivo ha reafirmado los compromisos programáticos establecidos ante la ciudadanía, estableciendo el año 2011 para profundizar el sesgo progresivo del Sistema Tributario.

En este sentido el SNIS preserva el sistema solidario basado en tres conceptos fundamentales:

- En primer lugar todas aquellas personas cuyos aportes son menores a los servicios recibidos son subsidiados por el sistema y acceden al SNS en forma igualitaria.
- En segundo lugar porque el aporte adicional para la cobertura de salud nacional en el marco de un seguro de salud que es por esencia tripartito (aporte obrero, patronal y estatal) surge de la recaudación tributaria donde pesan los impuestos como el IRAE y el IRPF que fortalecen la redistribución.
- En tercer lugar porque la comparación de los aportes personales al FONASA con los gastos en salud, no se hace tomando en cuenta el gasto puntual de cada individuo sino con el gasto promedio a lo largo de la vida, generando solidaridad intergeneracional y entre sexos, evitando la discriminación de género y de los adultos mayores que son más onerosos que otros colectivos.

A su vez el artículo 12 introduce modificaciones a los artículos 70 y 71 de la Ley Nº 18.211.

En él se contemplan los aportes de quienes obtengan ingresos originados fuera de la relación de dependencia.

La contribución de los mismos se define tomando como base el mismo monto imponible utilizado para liquidar el Impuesto a las Retribuciones Personales (IRPF) o el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), según corresponda.

Las modificaciones propuestas a dicha forma de aportación consisten en otorgarles a las contribuciones el carácter de anticipos mensuales a cuenta de una liquidación de carácter anual.

Esta liquidación anual en base a los montos imponibles del IRPF o del IRAE, según corresponda, se comparará con la suma del costo promedio equivalente tal cual está definido en el inciso tercero del artículo 55 contenido en el presente proyecto de ley, aplicándose el mismo criterio que el contenido en el artículo 11, devolviéndose el excedente aportado al contribuyente en caso que correspondiere.

Asimismo en el artículo 70 de la Ley Nº 18.211, se introducen modificaciones con la finalidad de definir la forma de aportación, en aquellos casos en que un sujeto obtiene ingresos por prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, conjuntamente con ingresos de otra naturaleza.

Existe falta de claridad en la norma vigente en lo que refiere a los ingresos obtenidos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia a través de formas asociativas, entre otras modalidades a través de sociedades comerciales comprendidas en la Ley Nº 16.060, de 4 de setiembre de 1989, de Sociedades Comerciales.

Para establecer el alcance de la aportación en estos casos, se propone agregar un inciso al artículo referido para determinar que solamente quedan comprendidos en el régimen los ingresos correspondientes a prestaciones de servicios personales, obtenidos a través de las entidades que se encuentran en régimen de atribución de rentas en sede del IRPF. Estas entidades, entre las cuales se encuentran las sociedades civiles, las de hecho con objeto civil y otras con o sin personería jurídica, aplicarán un régimen de transparencia fiscal, a través del cual atribuyen sus ingresos directamente a sus integrantes y son éstos los que deben liquidar el IRPF. Alternativamente, estas entidades pueden optar por liquidar IRAE, en cuyo caso no efectúan la atribución de ingresos.

El presente proyecto de ley define que si las entidades referidas se encuentran en régimen de atribución plena de ingresos a sus integrantes para la liquidación del IRPF, también deberán atribuir ingresos para que esos integrantes liquiden individualmente el aporte al FONASA. Si la entidad hubiera optado por liquidar por sí el IRAE, deberá atribuir a sus integrantes la cuota correspondiente sobre la renta neta fiscal gravada.

A su vez, en el inciso cuarto del artículo 70, se aclara que los prestadores de servicios personales solamente aplicarán la tasa de aportación al FONASA correspondiente a los trabajadores, quedando fuera del régimen de aportación la tasa que corresponde al aporte patronal. Esto significa que se vincula a los prestadores de servicios personales como trabajadores independientes.

También se introducen modificaciones al artículo 71 de la Ley Nº 18.211, a los efectos de dar claridad sobre la aportación de las empresas unipersonales al FONASA, disponiendo que si la empresa unipersonal combina la obtención de ingresos provenientes de la prestación de servicios personales conjuntamente con otros ingresos, deberá aportar en cada régimen según corresponda a cada tipo de ingreso.

Del mismo modo, en los artículos 13, 14 y 15, se introducen modificaciones con el objetivo de ampliar el derecho al SNS a los propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, que tengan hasta cinco trabajadores subordinados, aportando al FONASA sobre un ficto de 6,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones mensuales equivalentes a $ 13.400 (trece mil cuatrocientos pesos uruguayos); ampliando sustancialmente el alcance de dicho artículo de la Ley Nº 18.211, que amparaba a estas unipersonales con hasta un trabajador subordinado.

El artículo 16, del Capítulo II del proyecto en discusión, corrige una omisión planteada en el inciso quinto del artículo 61, de la Ley Nº 18.211, extendiendo el amparo del Seguro Nacional de Salud a cónyuges o concubinos de unipersonales rurales. A tal efecto, se establece dicha tasa, manteniendo los criterios de aportación vigentes para este colectivo.

CAPÍTULO III. MODIFICACIONES AL RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD (artículos 17 al 29)

Sin dudas que el ingreso al SNS de los colectivos amparados por las Cajas de Auxilio o los Seguros

Convencionales de Enfermedad ha concitado el mayor debate público.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Nº 18.211, las personas comprendidas en estos regímenes, se debían incorporar al Sistema no más allá del 1º de enero de 2011.

Frente a la preocupación planteada por los colectivos involucrados, se comenzó a trabajar en la búsqueda de una solución que tomara en cuenta los tres factores que emergían como más preocupantes, a saber: el destino de los activos acumulados, las prestaciones complementarias, incluido el complemento del subsidio por enfermedad y los jubilados amparados por las Cajas o Seguros.

En función de las negociaciones establecidas con los distintos colectivos, se evaluó conveniente incluir un dispositivo en el articulado de este proyecto de ley, que habilite a las Cajas de Auxilio existentes a continuar brindando prestaciones complementarias a las que están a cargo del SNS.

En este sentido el proyecto en consideración incluye:

- El ingreso al SNS de todos los trabajadores amparados por las Cajas de Auxilio a partir del 1º de julio de 2011.
- Todos los jubilados que actualmente tienen amparo por parte de las Cajas de Auxilio pasan automáticamente a ser cubiertos por el SNS y todos aquellos trabajadores que en el futuro se jubilen, también obtienen este beneficio, preservando todos ellos su afiliación a las Cajas de Auxilio modificadas. En este caso de los jubilados, la totalidad de los aportes serán vertidos íntegramente al FONASA.
- Las Cajas de Auxilio, luego de presentar una adecuación estatutaria y un plan que demuestre su sustentabilidad, seguirán funcionando como seguros complementarios al SNS, conservando en su poder todos sus bienes y ahorros, siendo administradas en forma autónoma.
- Los aportes correspondientes a los menores a cargo 1,5% (uno con cinco por ciento) o de los cónyuges o concubinos 2% (dos por ciento) pasarán íntegramente al FONASA desde el 1º de julio de 2011.
- Los aportes patronales 5%(cinco por ciento) pasarán al FONASA desde el 1º de julio de 2011.
- Los aportes personales de los trabajadores pasarán al FONASA de forma gradual, de acuerdo al siguiente cronograma:

En 2011: no habrá aportes al FONASA quedando el 4,5% (cuatro con cinco por ciento) para la Caja de Auxilio.

En 2012: 1,5% (uno con cinco por ciento) para el FONASA; 3% (tres por ciento) para la Caja.

En 2013: 2,5% (dos con cinco por ciento) para el FONASA; 2% (dos por ciento) para la Caja.

En 2014; 3,5% (tres con cinco por ciento) para el FONASA; 1% (uno por ciento) para la Caja.

En 2015: 4,5% (cuatro con cinco por ciento) para el FONASA; 0% (cero por ciento) para la Caja.

De esta forma, los colectivos cubiertos por estas experiencias participativas de larga experiencia a nivel de empresas o ramas de actividad, se integrarán al régimen solidario del SNIS y a su vez podrán continuar sirviendo beneficios vinculados a la salud y a la seguridad social no contemplados en las prestaciones del Seguro Nacional de Salud.

Vinculado a la sustentabilidad futura de las Cajas de Auxilio modificadas, el primer paso es el proyecto de ley que ya cuenta con media sanción de la Cámara de Representantes referido al incremento gradual de las prestaciones que sirve el BPS por concepto de Seguro de Enfermedad de los trabajadores, llevando el tope de las tres BPC actuales a ocho BPC en un período de cinco años en consonancia con la gradualidad de los aportes que dejan de percibir paulatinamente las Cajas a favor del FONASA. Si bien este beneficio involucra al conjunto de los trabajadores privados del país, esta medida disminuirá el peso económico en particular a las Cajas de Auxilio que complementan en la actualidad el subsidio por enfermedad hasta el 100% (cien por ciento) del salario.

Esta solución, analizada en su globalidad, permite ir ajustando las necesidades financieras de las Cajas en forma gradual e ir encontrando los montos necesarios de aporte obrero patronales para financiar las prestaciones complementarias.

El proyecto dispone en los artículos 17 y 18, que los aportes adicionales no podrán superar el 3% (tres por ciento) del salario del trabajador y siempre la mitad como mínimo del financiamiento futuro de las Cajas, deberá ser aportada por las empresas.

Por último estos seguros convencionales complementarios, tendrán las exoneraciones tributarias previstas en el literal R) del artículo 52, del Título 4 del Texto Ordenado 1996.

CAPÍTULO IV. CONTINUIDAD DEL AMPARO DE MENORES Y MAYORES CON DISCAPACIDAD (artículo 30)

En este artículo 30 se contempla la situación de los hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad de aquellos trabajadores que dejen de contar con el amparo del SNS a partir de la eventual pérdida de la actividad laboral o por el término del seguro de paro que les mantenía ese derecho.

El artículo en cuestión les garantiza a esos hijos menores o discapacitados mayores, el mantenimiento de la cobertura del Seguro Nacional de Salud por doce meses, con la única condición de que el período de aportación que concedió el derecho no sea inferior a un año.

Esta extensión del beneficio se fundamenta en la prioridad de la atención integral de salud de la infancia y la adolescencia, principalmente ante situaciones de pérdida de empleo de los padres aportantes por períodos prolongados.

CAPÍTULO V. DISPOSICIONES FINALES (artículos 31 y 32)

Por estos artículos se adecuan los artículos modificados en el proyecto del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, y demás normas que se opongan al proyecto en consideración.

Asimismo, se habilita al Poder Ejecutivo a la reglamentación del mismo.

SÍNTESIS

Con la aprobación del proyecto presentado, se da un enorme paso en la continuidad del proceso de universalización y de equidad del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Prácticamente se incluye al conjunto de la población en un sistema único, integral y equitativo.

De las seiscientas noventa mil personas beneficiadas por el Seguro Nacional de Salud al inicio del proceso en agosto de 2007, culminaremos en diciembre de 2016, con la integración de dos millones cuatrocientos sesenta y cinco mi personas, lo que parecía una utopía con el diseño propuesto será una realidad.

Por lo expuesto, recomendamos al Cuerpo la aprobación del proyecto presentado.

Sala de la Comisión, 10 de diciembre de 2010.

GUSTAVO BERNINI, MIEMBRO INFORMANTE, ALFREDO ASTI, ANA IRENE LIMA, GONZALO MUJICA, PABLO PÉREZ GONZÁLEZ, ALEJANDRO SÁNCHEZ, ROBERTO FRACHIA, BERTA SANSEVERINO, IVÁN POSADA y DANIEL RADÍO,, con las salvedades que expresan a continuación:

El presente proyecto de ley aborda aspectos sustantivos que tienen relación con la continuación de la implementación de la reforma que se iniciara en el anterior período de gobierno.

Básicamente comprende cuatro aspectos:

- Define un cronograma de incorporación al Seguro nacional de Salud de los pasivos que aún no se han incorporado, y que se completaría en el año 2016.
- Introduce modificaciones sustanciales en lo referido a la forma como se realizan los aportes personales al Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Habilita la constitución de nuevos seguros convencionales o Cajas de Auxilio y eventualmente posibilita la continuidad de las que ya existen.
- Mantiene el amparo del Seguro Nacional de Salud para menores y personas con discapacidad por un período de doce meses, aún cuando el aporte al FONASA que lo generó haya cesado.

Incorporación de pasivos al Seguro Nacional de Salud

La incorporación de los pasivos al Seguro Nacional de Salud no puede merecer ningún tipo de reparos. Este proceso, que se había iniciado con la Ley Nº 16.713, estaba acotado a personas con muy bajos ingresos y ahora se extenderá, gradualmente, a todo el colectivo de pasivos.

De cualquier manera, estimamos oportuno destacar que estamos frente a una solución que prevé un cronograma sumamente dilatado de incorporación de los pasivos, que se completaría hacia el año 2016. Se ha argumentado que esto tiene directa relación con los costos, que son muy importantes y que son graduales en la misma medida en que ese colectivo se incorpora gradualmente. Y se ha entendido que este importante costo, tensa al máximo las posibilidades de ingreso.

En todo caso, entendemos que hubiera sido conveniente introducir en la norma, una disposición que facultara al Poder Ejecutivo para, en la medida en que las condiciones lo permitieran, adelantar el cronograma propuesto, acelerando el proceso gradual de incorporación de jubilados y pensionistas.

Modificaciones en el modelo de aportes al sistema

El Capítulo II del presente proyecto de ley modifica sustancialmente el modelo de los aportes para el financiamiento del sistema tal como estaba concebido.

El proyecto se propone eliminar el componente impositivo que estaba implícito en los aportes personales tal como estaba planteado en la Ley Nº 18.211, y busca establecer una relación estrecha entre aportes y beneficios, asociando los aportes al FONASA con las prestaciones que el ciudadano efectivamente recibe.

Se ha optado por calcular y actualizar periódicamente, el "Costo Promedio Equivalente" de las prestaciones de salud durante el ciclo de vida de los beneficiarios, teniendo en cuenta:

- Las cuotas salud (fijadas por el Poder Ejecutivo).
- Las expectativas de vida de la población.
- Las cuotas del Fondo Nacional de Recursos (FNR).
- El costo de administración de dicho seguro.

Al 31 de diciembre de cada año, entonces, se deberá comparar este Costo Promedio Equivalente correspondiente al beneficiario y su núcleo familiar incrementado en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales realizados al FONASA. Si los aportes son superiores el excedente será devuelto, en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, procurando que el aporte del núcleo familiar en su conjunto no supere las prestaciones promedio de todos sus integrantes.

Es compartible la perspectiva propuesta en cuanto a que la contribución al FONASA no se puede transformar en un nuevo impuesto, dado que, recaudar impuestos, no debe ser el objetivo del modo de financiamiento del sistema.

Sin embargo, con respecto al cálculo del valor del Costo Promedio Equivalente que se utilizará a efectos de comparar con las aportaciones al FONASA (en lugar de lo efectivamente pagado por el FONASA) el proyecto de ley solamente establece que se hará *"teniendo en cuenta"* determinados factores. No brinda certezas con respecto a la manera de determinarlo.

Asimismo, este monto se incrementa en un 25% (veinticinco por ciento) que ha sido definido como *costo de cobertura* a efectos de la comparación con los aportes. Este 25% (veinticinco por ciento) tendría una función de regulación actuarial de los aportes al sistema. Sería un monto regulador en relación con la realidad actual del FONASA y la que devendría de las próximas incorporaciones. En todo caso, el desajuste consecutivo al aumento de la edad promedio de las personas incorporadas, sería variable con el transcurso del tiempo e iría gradualmente disminuyendo, con lo cual, en algún momento el 25% (veinticinco por ciento) dispuesto como costo de cobertura, podría ser una cifra excesiva. Este hecho pudo haberse previsto en el texto de la norma propuesta, con una modificación de la redacción que dijera "incrementado hasta en un 25% (veinticinco por ciento)" brindándole al Poder Ejecutivo la posibilidad de eventuales reducciones de esta tasa.

Con respecto a la devolución de excedentes, el texto del proyecto de ley determina que ésta se realizará *"en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo",* sin brindar especificaciones en cuanto a la forma de devolución, lo cual le da al Poder Ejecutivo una discrecionalidad en cuanto al modo y al período de tiempo en que se efectuarán estas devoluciones, que el proyecto de ley pudo y debió haber evitado.

Continuidad de las Cajas de Auxilio

Respecto al Capítulo III, en el presente proyecto de ley se consagran disposiciones que habilitan a que las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad, "experiencias participativas de larga data a nivel de empresa o rama de actividad", continúen brindando prestaciones.

Es importante señalar al llegar a este punto, que el Partido Independiente hizo suyo, y le dio estado parlamentario al proyecto de ley que fuera elaborado por la Mesa Coordinadora del Plenario de Cajas de Auxilio el cual contenía soluciones que garantizaban la viabilidad de las Cajas de Auxilio, la integración al FONASA de los trabajadores y trabajadoras en ellas comprendidos, e incluía además, dispositivos y mecanismos que garantizaban la supervivencia de la impronta solidaria que ha sido inherente a estas experiencias ejemplares de cogestión obrero empresarial. Este proyecto hubiera sido, sin lugar a dudas, preferible a la solución actual. Mantenía la más pura solidaridad contributiva (cada afiliado aportaba en relación a sus ingresos y recibía beneficios en función de sus necesidades) y evitaba la incertidumbre y los obstáculos que genera el nuevo régimen, particularmente para aquellas Cajas de Auxilio integradas por trabajadores/as con ingresos más bajos y aquellos otros que trabajan en empresas con escasa capacidad contributiva adicional.

Por otro lado, cabe destacar que, de mantenerse en vigencia las disposiciones actuales, y de no existir una normativa adicional como la que propone este

proyecto de ley, **las Cajas de Auxilio inexorablemente desaparecerían**, al cumplirse con la determinación de que, los aportes que actualmente se vuelcan a las Cajas de Auxilio, vayan a parar al FONASA, no existiendo en la actualidad mecanismos que posibiliten suplirlos.

Hechas estas puntualizaciones previas, estamos en condiciones de expresar nuestra conformidad, en general, con las soluciones aportadas por el presente proyecto de ley.

Sin perjuicio de lo cual entendemos que el proyecto contiene obstáculos que debieron ser removidos, en concordancia con el derecho a la autonomía colectiva consagrado en el artículo 2º de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, que establece que *"en ejercicio de su autonomía colectiva los empleadores u organizaciones de empleadores, por una parte, y una organización o varias organizaciones de trabajadores, por otra, tienen derecho a adoptar libremente acuerdos sobre las condiciones de trabajo y empleo, y regular sus relaciones recíprocas"*.

En este sentido, el proyecto a consideración limita el objeto de las Cajas de Auxilio a prestaciones sanitarias y subsidios, lo cual representa una dificultad para la eventual incorporación de otras prestaciones o beneficios sociales que no sean los establecidos en forma expresa.

Asimismo entendemos que no debió haberse incluido, para las Cajas de Auxilio actualmente existentes, el requisito previo *"de un estudio técnico que demuestre la viabilidad financiera del seguro convencional"*. Las Cajas de Auxilio serán ahora complementarias y no sustitutivas del sistema estatal y tendrán que transcurrir por un período de progresiva adaptación al cambio en su forma de financiamiento, lo cual hará dificultosa la comparación de su situación actual, o de la que devendrá de la gradual modificación de sus ingresos, con un marco teórico relativo. De hecho además, actualmente la forma de funcionamiento de las Cajas de Auxilio está sometida a controles periódicos por parte del Banco de Previsión Social (BPS), que de existir irregularidades hubiera tomado las medidas que hubieren correspondido.

El proyecto de ley establece la posibilidad de destinar el excedente de los aportes, al financiamiento de las Cajas de Auxilio, y por otro lado propone promover los acuerdos que permitan financiar las Cajas de Auxilio, pero sin embargo, no establece en forma expresa un tratamiento tributario preferencial de los excedentes que se decida destinar a este fin, similar, al menos, a los aportes que los trabajadores vierten al FONASA y a las Cajas de Auxilio actuales. La promoción de los acuerdos, al igual que en otros ámbitos del quehacer económico, social y cultural, pero particularmente en este caso en que implica una inversión en capital humano, requiere un correlato normativo que proporcione, de manera expresa, incentivos a aquellos colectivos que acuerden invertir en la salud de los trabajadores y trabajadoras de nuestro país.

Continuidad del amparo para menores

Coincidimos plenamente con el artículo único del Capítulo IV que dispone la continuidad durante doce meses del amparo para menores y mayores con discapacidad.

PROYECTO DE LEY

CAPÍTULO I
INGRESO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

Artículo 1º.- Incorpóranse al Seguro Nacional de Salud los jubilados y pensionistas no amparados por el mismo a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, con excepción de aquellos a que refiere el artículo 63 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, y de los retirados y pensionistas de los Servicios de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas y de la Dirección Nacional de Asistencia Social Policial.

La incorporación de las personas a que refiere el inciso anterior se realizará en las siguientes fechas y condiciones:

1) Tratándose de jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010 no cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se tomarán en cuenta el nivel de ingresos correspondientes a las jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares y la edad a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, de acuerdo al siguiente cronograma .

   A) A partir del 1º de julio de 2012 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 74 (setenta y cuatro) años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 3 BPC (tres bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

   B) A partir del 1º de julio de 2013 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 70 (setenta) años de edad, cuyo ingreso total

por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

C) A partir del 1º de julio de 2014 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 65 (sesenta y cinco) años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 5 BPC (cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

D) A partir del 1º de julio de 2015 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 60 (sesenta) años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 10 BPC (diez bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

E) A partir del 1º de julio de 2016 se incorporarán los jubilados y pensionistas que no hayan quedado comprendidos en los literales anteriores.

2) La incorporación de aquellos jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010 cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se realizará en todos los casos a partir del 1º de julio de 2012.

3) Los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos totales por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, se incorporarán a partir del 1º de julio de 2011.

Artículo 2º.- Los cónyuges o concubinos a cargo de los jubilados y pensionistas amparados por el Seguro Nacional de Salud a que refiere el artículo 1º de la presente ley, se incorporarán a dicho seguro a partir del 1º de julio de 2016.

Artículo 3º.- Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Los aportes al Fondo Nacional de Salud que deberán realizar los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, se determinarán teniendo en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, incluyendo las sobrecuotas de gestión y de inversión y la cuota al Fondo Nacional de Recursos y el monto que resulte de aplicar sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad, similares a lo previsto en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de acuerdo al siguiente cronograma:

A) A partir del 1º de julio de 2012 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 20% (veinte por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

B) A partir del 1º de julio de 2013 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

C) A partir del 1º de julio de 2014 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

D) A partir del 1º de julio de 2015 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

E) A partir del 1º de julio de 2016 los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

En caso que el valor de los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares determinados en los ar-

tículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, fuese mayor al valor promedio de la cuota de afiliación individual, el aporte a realizar a partir del 1º de julio de 2012 será el mencionado en el literal A).

Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, podrán optar en cualquier momento por renunciar a la cobertura de dicho seguro, dejando de realizar los aportes previstos en el presente artículo. En tal caso, dichas personas se reincorporarán obligatoriamente al mismo a partir del 1º de julio de 2016.

Todos los jubilados y pensionistas que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley cuenten con cobertura del Seguro Nacional de Salud, deberán realizar los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones y pensiones, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el tercer inciso del artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9° de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil.

En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud.

Artículo 4º.- Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente al prestador en cuyos registros de usuarios esté inscripto el beneficiario un 80% (ochenta por ciento) del valor de la cuota salud correspondiente determinada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, excluido el componente metas asistenciales, durante e l primer año a contar desde la fecha de incorporación, un 90% (noventa por ciento) de dicho valor durante el segundo año y el 100% (cien por ciento) a partir del tercer año. A dicho monto se adicionará el 100% (cien por ciento) del componente metas asistenciales que correspondan, sin perjuicio del prorrateo por nivel de cumplimiento de las mismas.

Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente a los respectivos prestadores una cuota que tendrá en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y la cuota salud prevista en el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, según el siguiente cronograma:

A) A partir del 1º de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 20% (veinte por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

B) A partir del 1º de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

C) A partir del 1º de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

D) A partir del 1º de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

E) A partir del 1º de julio de 2016, el valor de la cuota salud que corresponda.

Artículo 5º.- Los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º de la presente ley, que opten por registrarse en un seguro integral de los que integran el Seguro Nacional de Salud según lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, realizarán en todos los casos los aportes al Fondo Nacional de Salud determinados por los artículos 61 y 66 de esa ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte del contribuyente, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 22 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, y la reglamentación aplicable.

Artículo 6º.- El valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva se calculará para el mes de diciembre de 2010 y se reajustará en las mismas oportunidades y porcentajes de aumento que determine el Poder Ejecutivo para las cuotas de afiliación individual.

Artículo 7º.- Los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º de la presente ley que se incorporen al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011 sólo podrán estar registrados como usuarios en un prestador que haya suscrito con la Junta Nacional de Salud, creada por el artículo 23 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, un anexo al contrato de gestión vigente que contemple las modalidades de su incorporación al seguro en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 8º.- Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, podrán elegir el prestador de su preferencia entre aquellos que hayan firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el artículo anterior de la presente ley, de conformidad con la reglamentación aplicable. Una vez que el registro en el prestador elegido haya quedado firme, deberán permanecer en el mismo por 5 (cinco años).

Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el numeral 2 del artículo 1º de la presente ley, deberán permanecer en el prestador en el que estuvieran registrados, por 5 (cinco) años, a contar desde el 1º de julio de 2012. En el caso que dicho prestador no hubiere firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el artículo anterior de la presente ley, deberán trasladar su registro de usuario a otro prestador que sí lo haya firmado. En este caso, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente al prestador en cuyo registro el usuario esté inscripto de acuerdo a lo previsto en el inciso primero del artículo 4º de la presente ley.

CAPÍTULO II

AJUSTES EN EL RÉGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD

Artículo 9º.- Sustitúyese el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

El Poder Ejecutivo también determinará el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas en el inciso anterior, las expectativas de vida de la población, las cuotas del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración de dicho seguro.

La cuota salud y el costo promedio equivalente se actualizarán con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores".

Artículo 10.- Agrégase al artículo 57 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, el siguiente inciso:

"Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, en los casos que lo determine el Poder Ejecutivo, la Dirección General Impositiva colaborará en la re-

caudación y fiscalización de los aportes al Fondo Nacional de Salud".

Artículo 11.- Agréganse al artículo 61 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, los siguientes incisos:

"Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil. En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud. En el marco de convenios colectivos suscriptos de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, los contribuyentes podrán destinar dicho excedente, en forma total o parcial, al financiamiento de las cajas de auxilio o seguros convencionales, en los términos previstos en dicho convenio.

Las contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud realizadas por los propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, se adicionarán a los aportes personales a los efectos de lo dispuesto en el inciso anterior.

Lo dispuesto en los dos incisos anteriores del presente artículo regirá a partir del 1º de enero de 2011".

Artículo 12.- Sustitúyese el artículo 70 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.

En caso que los sujetos a que refiere el inciso anterior se hallen incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), las referidas alícuotas se aplicarán sobre la base imponible de dicho tributo. Para quienes obtengan ingresos por prestación de servicios personales conjuntamente con otros ingresos, el monto imponible se determinará en la proporción correspondiente a los ingresos por prestación de servicios personales respecto de los ingresos totales.

Cuando la prestación de los servicios referidos se realice a través de entidades comprendidas en el artículo 7 del Título 7 del Texto Ordenado 1996, los ingresos provenientes de dicha actividad se atribuirán a los socios o integrantes, según las normas o contratos aplicables a cada caso; si la entidad hubiera optado por liquidar el IRAE, la atribución se realizará por la base imponible de dicho tributo de acuerdo a lo dispuesto en el inciso anterior. En caso de no existir prueba fehaciente a juicio de la administración, los ingresos se atribuirán en partes iguales.

Los sujetos referidos en el primer inciso realizarán anticipas mensuales a cuenta de los aportes anuales al Fondo Nacional de Salud, aplicando la tasa que corresponda al 70% (setenta por ciento) de los ingresos mensuales gravados.

Los sujetos referidos en el inciso segundo del presente artículo realizarán anticipos mensuales a cuenta del aporte anual al Fondo Nacional de Salud. A tales efectos aplicarán a los ingresos mensuales referidos en el inciso primero, la relación derivada de aplicar la alícuota correspondiente al monto imponible, respecto de tales ingresos anuales. Si a la fecha en que debe efectuarse el pago del anticipo no se hubiera obtenido la relación indicada por no haber vencido el plazo de presentación de la correspondiente declaración jurada, deberá calcularse ese anticipo en base a la relación utilizada para el último anticipo del ejercicio anterior.

Las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud correspondientes a trabajadores dependientes que además se encuentren comprendidos en el presente artículo, se computarán como anticipos a los efectos de lo dispuesto en el inciso siguiente. También se computarán como anticipos las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud en carácter de propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975.

Al cierre del ejercicio fiscal del contribuyente, según corresponda, se deberá comparar la suma

del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes atribuya el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los anticipos realizados en el ejercicio. En caso que la suma de los anticipos sea superior, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes del Fondo Nacional de Salud.

Las alícuotas referidas precedentemente se aplicarán de acuerdo a lo establecido en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, a excepción de las dispuestas para el aporte patronal básico. Para los sujetos que perciben exclusivamente ingresos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, a los anticipos resultantes se les adicionará un complemento hasta la concurrencia con el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la referida norma legal.

Los sujetos referidos en el presente artículo, que en el curso del ejercicio fiscal obtengan exclusivamente ingresos por prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia que no superen las 30 BPC (treinta bases de prestaciones y contribuciones), dejarán de recibir los beneficios del Seguro Nacional de Salud a partir del ejercicio fiscal siguiente. A partir del momento que superen la referida cifra volverán a quedar comprendidos en el Seguro Nacional de Salud, debiendo en tal caso realizar el aporte tomando en consideración los ingresos acumulados desde el inicio del ejercicio.

La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1º de julio de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación".

Artículo 13.- Modifícase el literal D) del artículo 8º del Decreto Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, incorporado por el artículo 1º del Decreto Ley Nº 15.087, de 9 de diciembre de 1980, en la redacción dada por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"D) Los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en este decreto ley, que no tengan más de 5 (cinco) trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social".

Artículo 14.- Modifícase el inciso segundo del artículo 7º de la Ley Nº 15.852, de 24 de diciembre de 1986, incorporado por el artículo 2º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, en la redacción dada por el artículo 4º de la Ley Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"Estarán asimismo en condiciones de percibir el beneficio las empresas unipersonales que empleen no más de cinco trabajadores subordinados".

Artículo 15.- Sustitúyese el artículo 71 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones). Del mismo modo, aquellos que no tengan más de 5 (cinco) trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011 y realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten total o parcialmente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 30 de junio de 2011, por la parte correspondiente a dichos servicios; a partir del 1º de julio de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo 70 de la presente ley. Por la parte correspondiente a

otros ingresos, continuarán rigiéndose por lo dispuesto en el inciso anterior".

Artículo 16.- Sustitúyese el inciso quinto del artículo 61 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán los siguientes porcentajes del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992:

45% (cuarenta y cinco por ciento) si no se encuentran en la situación a que refiere el artículo 64 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

60% (sesenta por ciento) si se encuentran en la situación referida en el literal anterior.

20% (veinte por ciento) adicional a los aportes previstos en los literales A) y B), si tienen cónyuge o concubino en condiciones de ingresar al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, y su reglamentación".

CAPÍTULO III

MODIFICACIONES AL RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

Artículo 17.- Podrán constituirse cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad por convenio colectivo entre los sujetos indicados en el artículo 14 de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

A) El convenio supondrá la creación de una persona jurídica sin finalidad de lucro, cuyo órgano directivo estará investido de todas las facultades y competencias necesarias para el buen funcionamiento de la entidad e integrado, de modo paritario, por representantes de empleadores y trabajadores.

B) El objeto de dicha persona jurídica será el servicio de prestaciones sanitarias que no brinde el Seguro Nacional de Salud, así como de subsidios por enfermedad o complementos de los subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia.

C) La financiación del seguro se hará mediante aportes de los empleadores y de los trabajadores, no pudiendo las tasas de aportación de estos últimos superar el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones.

D) Los fondos del seguro se contabilizarán y administrarán con total independencia de la administración de las empresas y de las organizaciones representativas de empleadores y/o trabajadores eventualmente comprendidos.

El convenio correspondiente deberá presentarse ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, acompañado de un estudio técnico que demuestre la viabilidad financiera del seguro convencional.

Cumplidos los requisitos previstos en el primer inciso del presente artículo y las exigencias formales previstas en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, y de considerarse acreditada la factibilidad a que refiere el inciso anterior, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, homologará el convenio y concederá, en el mismo acto, la personería jurídica.

El convenio, una vez registrado y publicado conforme a lo establecido por el artículo 16 de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, tendrá los efectos previstos en dicha norma.

A los efectos de la presente ley, los términos "cajas de auxilio" y "seguros convencionales de enfermedad" se consideran equivalentes.

Facúltase al Poder Ejecutivo a incorporar como afiliados en el régimen previsto por este artículo a los funcionarios de las Cajas de Auxilio y Seguros por Enfermedad.

Artículo 18.- La financiación de los gastos totales operativos y prestaciones que sirvan las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad, se hará con aportes adicionales personales y patronales, no pudiendo estos últimos ser menores al 50% (cincuenta por ciento) del total aportado.

El Poder Ejecutivo promoverá la celebración de acuerdos que permitan financiar los gastos aludidos en el párrafo anterior, en el transcurso de un año a partir de la fecha de promulgación de la presente ley.

Artículo 19.- Contra las decisiones ilegales o antiestatutarias dictadas por el órgano de administración de un seguro convencional de enfermedad, procederá el recurso de revocación, el que deberá interponerse dentro del plazo de 10 (diez) días siguientes al de la notificación de la decisión al interesado.

El recurso de revocación deberá ser resuelto dentro del término de 30 (treinta) días contados desde el siguiente al de la interposición del mismo. Vencido el plazo antedicho sin resolución expresa, se entenderá rechazado el recurso en cuestión, quedando abierta la vía judicial ordinaria.

Artículo 20.- Cuando el Poder Ejecutivo, por sí o a instancias del Banco de Previsión Social, considere ilegal la gestión o los actos de los seguros convencionales de enfermedad, podrá hacerles las observaciones que crea pertinentes, así como disponer la suspensión de los actos observados.

Artículo 21.- En caso de ser desatendidas las observaciones a que refiere el artículo anterior de la presente ley, o cuando así lo aconseje el Banco de Previsión Social, o el conjunto de los representantes de los empleadores o de los trabajadores en el órgano de administración del seguro, o el 20% (veinte por ciento) de los afiliados al mismo, el Poder Ejecutivo podrá disponer la intervención de la caja de auxilio.

Dicha intervención podrá ser encomendada al Banco de Previsión Social y sólo se decretará cuando se configure riesgo cierto para el servicio, por grave irregularidad imputable a sus autoridades, no pudiendo extenderse por más de noventa días, prorrogables por otro tanto en caso de necesidad justificada por motivos graves.

Artículo 22.- La intervención se dispondrá con las siguientes finalidades:

A) Investigar las causas de los hechos que la motivaron y deslindar las responsabilidades ocurrentes.

B) Renovar las autoridades naturales de la entidad, de acuerdo con el estatuto acordado en el convenio.

Mientras esto último no se produzca, continuarán al frente del seguro convencional las autoridades encargadas de la intervención.

Artículo 23.- Las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad existentes al momento de entrada en vigencia de la presente ley, cuyos colectivos amparados sean o hayan sido incorporados al Seguro Nacional de Salud en virtud de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, podrán, a partir de la vigencia de la presente ley o de la referida incorporación, si ésta aconteciere después, servir aquellas prestaciones que no brinde el Seguro Nacional de Salud, subsidios por enfermedad o complementos de subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia, así como toda otra prestación que estén brindando al día de entrada en vigencia de la presente ley.

A tales efectos, dispondrán de un plazo de un año desde la entrada en vigencia de la presente ley o desde la incorporación de su colectivo al Seguro Nacional de Salud, si esto aconteciere después, para presentar ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la correspondiente modificación de su convenio o estatuto, acompañada del estudio técnico a que refiere el inciso segundo del artículo 17 de la presente ley.

Cumplidos los requisitos establecidos en el inciso primero del artículo 17 de la presente ley y las exigencias formales previstas en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, y de considerar acreditada la viabilidad financiera del seguro, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, aprobará la modificación estatutaria. En caso contrario, realizará las observaciones correspondientes a ser levantadas por los interesados en un plazo de treinta días. En caso de que el estatuto contraviniera las disposiciones previstas en la presente ley, el Poder Ejecutivo dispondrá por acto administrativo la cancelación de la personería jurídica del seguro convencional, previo otorgamiento de las garantías previstas en el Decreto 500/991, de 27 de setiembre de 1991.

Artículo 24.- Los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad a los que refiere el artículo anterior de la presente ley, realizarán los correspondientes aportes al Fondo Nacional de Salud, conforme a lo previsto por los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

El aporte patronal se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por cónyuges o concubinos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por hijos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal restante se realizará con la siguiente gradualidad:

A) A partir del 1º de enero de 2012: 1,5% (uno con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

B) A partir del 1º de enero de 2013: 2,5% (dos con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

C) A partir del 1º de enero de 2014: 3,5% (tres con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

D) A partir del 1º de enero de 2015: toda la aportación para el Fondo Nacional de Salud.

Artículo 25.- Los jubilados que cuenten con cobertura integral de salud financiada por cajas de auxilio o seguros convencionales existentes a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, ingresarán al Seguro Nacional de Salud, aportando, sobre el total de haberes jubilatorios, las tasas establecidas por el inciso séptimo del artículo 61 y por el artículo 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar. Los aportes resultantes se volcarán íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde su incorporación al Seguro Nacional de Salud.

Esta incorporación no obstará a que continúen amparados por la caja de auxilio o seguro convencional que les brindaba cobertura, en las condiciones que resultan de los artículos 17 y 23 de la presente ley.

Artículo 26.- La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, de los trabajadores y jubilados amparados por cajas de auxilio y seguros convencionales a que refiere el primer inciso del artículo 69 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, regirán a partir del 1º de julio de 2011 y se realizarán en la forma que determine la reglamentación.

Las personas a que refiere el inciso anterior del presente artículo, aunque ya fueren beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, podrán elegir el prestador de su preferencia de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación aplicable.

Artículo 27.- Los seguros convencionales de enfermedad a que refiere el artículo 23 de la presente ley aportarán mensualmente al Banco de Previsión Social una tasa del total de la recaudación que perciban por aportes, en virtud de la actividad de contralor que el mencionado organismo ejerce sobre aquéllos, que tendrá la siguiente gradualidad:

A) A partir del 1º de julio de 2011: 0,4% (cero con cuatro por ciento).

B) A partir del 1º de enero de 2012: 0,3% (cero con tres por ciento).

C) A partir del 1º de enero de 2013: 0,2% (cero con dos por ciento).

D) A partir del 1º de enero de 2014: 0,1% (cero con uno por ciento).

E) A partir del 1º de enero de 2015: 0% (cero por ciento).

Artículo 28.- En caso de disolución de un seguro convencional, los recursos existentes a esa fecha deberán ser vertidos al Fondo Nacional de Salud.

Artículo 29.- Agrégase al literal R del artículo 52 del Título 4 del Texto Ordenado 1996 el siguiente inciso:

"Asimismo quedan comprendidas en el presente literal las cajas de auxilio y seguros convencionales por enfermedad, siempre que sus actividades sean sin fines de lucro".

CAPÍTULO IV

CONTINUIDAD DEL AMPARO DE MENORES Y MAYORES CON DISCAPACIDAD

Artículo 30.- Los menores de 18 (dieciocho) años y los mayores de esa edad con discapacidad a que refiere el artículo 64 de Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, mantendrán el amparo del Seguro Nacional de Salud, aun cuando el aporte al Fondo Nacional de Salud que lo generó haya cesado como consecuencia de la pérdida de actividad del generante o por el término de los beneficios de subsidio por inactividad compensada del mismo.

Tal amparo se mantendrá por un período de doce meses continuos contados a partir del mes siguiente al del cese de la aportación y en la medida en que el período de aportación haya sido no menor a un año, y cesará si el beneficiario obtiene el mismo amparo por sí o a través de otro generante.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 31.- Las remisiones realizadas en el Impuesto a las Rentas de las Personas Físicas (IRPF) a las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales comprendidas en el artículo 41 y siguientes del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, se considerarán extensivas a las instituciones creadas por el Capítulo III de esta ley.

Artículo 32.- Deróganse los artículos 41 a 48 del Decreto Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, y demás normas que se opongan a la presente ley.

Artículo 33.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley.

Sala de la Comisión, 10 de diciembre de 2010.

GUSTAVO BERNINI, MIEMBRO INFORMANTE, ALFREDO ASTI, ANA IRENE LIMA, GONZALO MUJICA, PABLO PÉREZ GONZÁLEZ, ALEJANDRO SÁNCHEZ, ROBERTO FRACHIA, BERTA SANSEVERINO, IVÁN POSADA y DANIEL RADÍO, con salvedades.

COMISIÓN DE HACIENDA, INTEGRADA
CON LA DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

INFORME EN MINORÍA

Señores Representantes:

Los abajo firmantes recomiendan a la Cámara el rechazo al proyecto de ley que modifica el Sistema Nacional de Salud, regulado por la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

La referida iniciativa establece una solución relativa a la incorporación de los jubilados y pensionistas que aún no gozan de los beneficios del seguro, y modifica el régimen vigente en materia de cajas de auxilio y seguros convencionales. Por las razones que a continuación se expresarán, ambas propuestas no se comparten tal como fueran concebidas por el Poder Ejecutivo.

Asimismo, el proyecto introduce un cambio cualitativo, en cuanto prevé la devolución, a los contribuyentes, del excedente de su aporte en los casos en que el mismo supere el costo de las prestaciones recibidas. Si bien este aspecto es positivo, y se recomendará acompañar los artículos respectivos, en caso de habilitarse la discusión particular de los mismos, no se considera razón suficiente como para votar, en general, el proyecto que está a estudio de la Cámara.

Se llega fácilmente a esa conclusión, por otra parte, a la luz del alcance que, de acuerdo a algunas estimaciones, el beneficio tendría.

El mismo pareció bastante más amplio cuando compareció el ministro de Salud Pública a las Comisiones integradas, a presentar la propuesta, de lo que finalmente resultaría (veinte mil hogares, cuarenta mil personas, aproximadamente), al tenor de los informado por los representantes del Poder Ejecutivo en su última visita. En buena medida, ello obedece al incremento del 25% (veinticinco por ciento) que se proyecta sobre el llamado costo promedio. Sin perjuicio, se recomendará la aprobación de los artículos 9º, 10 y 11, que corresponden al tema que acaba de analizarse.

En cuanto al ingreso de jubilados y pensionistas al FONASA, si bien se trata de un colectivo cuya incorporación el Partido Nacional ha reclamado con insistencia (basta con reclamar el tratamiento del proyecto de ley de presupuesto), no se comparte la solución propuesta por insuficiente e injusta. En efecto, si bien la gradualidad proclamada desde un principio por el gobierno parece admisible, es claro que el cronograma planteado dilata de tal forma el acceso al beneficio para los pasivos especialmente para los de menores ingresos que terminará por frustrar el goce del derecho de muchos de ellos y las expectativas de la enorme mayoría.

De acuerdo al proyecto, en julio de 2011, apenas tendrán seguro de salud los jubilados por incapacidad total, lo que no incluye siquiera a los pensionistas por vejez o invalidez. Esto significa que el año que viene se incorporarán, apenas, once mil personas aproximadamente, de un total de cuatrocientos tres mil pasivos con vocación de ser incorporados (menos del 3%).

Recién en julio de 2012 comenzarían a entrar los jubilados y pensionistas de menores ingresos. Sin embargo, tal posibilidad está condicionada a la edad, ya que lo harán quienes perciban menos de 3 BPC por concepto de haberes de pasividad, pero además tengan, por lo menos, setenta y cuatro años de edad. Esto determinará que la mayor parte de quienes componen esa franja téngase en cuenta, además, que en la misma se encuentran aproximadamente la mitad de los pasivos del Uruguay por no alcanzar esa edad en 2012, deberán esperar al mes de julio del año 2013, para poder ser incorporados al FONASA.

La secuencia se proyecta a 2016, con la misma fórmula que combina niveles de edad y de ingresos, y con el mismo efecto dilatador. Por lo tanto, el planteo defrauda las expectativas de jubilados y pensionistas, especialmente la de los titulares de jubilaciones y pensiones más deprimidas, y es, además, esencialmente injusto, porque los nuevos pasivos acceden al seguro, y también lo hicieron los jubilados con cobertura médica al amparo de la Ley Nº 16.713.

El Capítulo III del proyecto de ley, bajo el título "modificaciones al régimen de cajas de auxilio o segu-

ros convencionales de enfermedad", en verdad esconde, a juicio de los firmantes, la probable desaparición de los mismos, o bien, de buena parte o de la mayoría de ellos. Tal consecuencia se traducirá, tan solo en el mediano plazo, sin ninguna duda, en la pérdida de beneficios y, por ende, en un claro perjuicio, para decenas de miles de trabajadores.

Las cajas de auxilio y los seguros convencionales son instituciones de seguridad social creadas y administradas por acuerdo entre trabajadores y empresarios. Sin recibir subsidio alguno del Estado, le han proporcionado a sus afiliados prestaciones que, en la generalidad de los casos, resultan ampliamente satisfactorias, estando incluso por encima de las que sirve el sistema público.

Por profunda que sea la convicción del Gobierno en cuanto a la conveniencia del nuevo sistema de salud, no parece, ese solo, argumento suficiente para la anulación de los mencionados subsistemas. Sin embargo, eso es lo que previó la vigente Ley Nº 18.211, en su artículo 69, preceptuando la absorción de aquellos por el seguro de salud, lo más tarde, el 1º de enero de 2011.

El advenimiento, primero, y la inminencia, después, de la referida fecha, con sus negativas consecuencias para los trabajadores involucrados, generó de parte de estos las comprensibles reacciones y, tras una discusión pública larga en demasía, el Poder Ejecutivo terminó por admitir, implícita o explícitamente, la existencia del problema. Ante el mismo, hubiera correspondido la derogación del artículo 69 mencionado, o bien, su postergación a los efectos de encontrar una verdadera solución, dada la tesitura del gobierno de insistir con la incorporación, como ocurrió. El Partido Nacional presentó sendos proyectos en ambos sentidos, a través de iniciativas formuladas por los diputados Jaime Trobo y Javier García, y acompañadas por varios legisladores de la bancada nacionalista.

En cambio, la solución propuesta por el Poder Ejecutivo es de tipo cortoplacista, pues sortea la coyuntura determinada por el plazo perentorio del 1º de enero, pero provocará, tal como está concebida, la muerte paulatina de las instituciones referidas. El artículo 24 del proyecto de ley a estudio, consagra la transferencia gradual de los aportes personales de las cajas y los seguros al FONASA, a través de un proceso que se iniciaría el 1º de enero de 2012 y culminaría el 1º de enero de 2015, momento en el cual la totalidad del aporte deberá volcarse al fondo.

La gradualidad indicada conducirá, también, a una progresiva desfinanciación, de tal forma que la sobrevivencia de cajas de auxilio y seguros convencionales solo sería hipotéticamente factible, a partir de un significativo aumento de las aportaciones, o de la obtención de nuevas fuentes de recursos, lo que, en la mayoría de las situaciones, devendrá virtualmente impracticable. No escapa a este análisis que algunos colectivos estarán en condiciones de hacerlo, por sus propias especificidades, o en función de circunstancias económicas más favorables. No es, entienden los firmantes, la realidad de la mayoría, al tenor de lo manifestado con fundamento, tanto por la Mesa de Cajas de Auxilio como por la Asociación de Escribanos del Uruguay.

Aprobar la propuesta del Poder Ejecutivo implicaría la eliminación del régimen establecido por el Decreto-Ley Nº 14.407, y, con ello, sustituir la satisfactoria situación actual por un camino, por lo menos, incierto, y un resultado probablemente negativo.

Por las razones expuestas, las que serán profundizadas durante la discusión en Sala, se sugiere a la Cámara el rechazo del proyecto de ley adjunto.

Sala de la Comisión, 10 de diciembre de 2010.

PABLO D. ABDALA, MIEMBRO INFORMANTE, ANGÉLICA FERREIRA.

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

Artículo único.- Recházase el proyecto de ley por el que se establece el cronograma de incorporación al Seguro Nacional de Salud, a los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios.

Sala de la Comisión, 10 de diciembre de 2010.

PABLO D. ABDALA, MIEMBRO INFORMANTE, ANGÉLICA FERREIRA".

——Léase el proyecto.

(Se lee)

——En discusión general.

SEÑOR FACELLO.- Pido la palabra por una cuestión reglamentaria.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR FACELLO.- Señora Presidenta: por sentirme comprendido en lo dispuesto en el literal M) del artículo 104 del Reglamento de la Cámara, quiero dejar constancia de que no voy a participar de la discusión de los asuntos que se van a tratar en esta sesión.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Queda hecha la constancia.

Tiene la palabra el miembro informante en mayoría, señor Diputado Bernini.

SEÑOR BERNINI.- Señora Presidenta: en primer lugar, quiero agradecer a mi bancada por haberme dado la oportunidad de ser el miembro informante de lo que, desde mi punto de vista, no dudo en caracterizar como uno de los proyectos de ley más trascendentes de este Período.

Por otra parte, quiero saludar lo que fue el tratamiento de este proyecto de ley en la Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, sobre todo porque, independientemente de los disensos, los integrantes del Partido Nacional, del Partido Independiente y de nuestro Frente Amplio participamos de ese debate con altura en el relacionamiento, lo que llevó finalmente a los informes que hoy estarán a consideración del plenario.

Desde la pasada Administración, las políticas de salud han sido un componente central del conjunto de políticas sociales aplicadas, contribuyendo decididamente a la mejora de la calidad de vida de las personas, protegiéndolas de las enfermedades y de la pesada carga económica que estas suponen, constituyéndose en un factor importante en la redistribución del ingreso de nuestra población.

El cambio de modelo en materia de políticas de salud, parte de un nuevo paradigma que considera a la salud como un derecho humano esencial, un bien público y social y una responsabilidad de Estado y de gobierno.

En este sentido, uno de los componentes fundamentales de las nuevas políticas fue la reforma estructural en el sistema de salud, implementando el Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de proporcionar cobertura universal para todos los habitantes del país, dando justicia y equidad en el acceso a la salud y en su financiamiento, poniendo especial atención en la calidad asistencial, así como en la eficiencia y la sustentabilidad del sistema.

Para ello, la reforma se inició a partir de las Leyes N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005, y N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, generando un nuevo diseño en cuanto a las entidades prestadoras de salud, así como en el financiamiento y modelo de prestación.

Estos cambios normativos y estructurales, junto al sustancial incremento de gastos e inversiones en salud, han constituido una prioridad central en los planes que, tanto en la anterior Administración como en el actual Gobierno, se están implementando.

Al momento de iniciar el proceso de reforma, la salud en nuestro país presentaba serias inequidades y desequilibrios en el plano económico y asistencial. El viejo modelo de asistencia se encontraba fuertemente fragmentado en la oferta de servicios de salud, dividido en dos grandes subsectores, el público y el privado, caracterizados por una distribución absolutamente desigual de los recursos destinados a cada uno de ellos. A modo de ejemplo, recordamos que el gasto por usuario de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva era tres veces superior al de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Los incrementos presupuestales ejecutados en la anterior Administración y ratificados en el actual Presupuesto quinquenal en vías de aprobación parlamentaria, han significado y significarán un volumen de recursos muy importante que permitió incrementar significativamente los salarios de médicos y no médicos en el sector público, así como un aumento sustantivo de los recursos destinados a inversiones, que en términos reales se multiplicaron por diez entre los años 2004 y 2010, permitiendo una mejora sostenida de la calidad de los servicios de atención primaria, así como la refacción de locales y las mejoras de sus instalaciones.

Naturalmente la reforma de la salud se planteó desde un inicio como un proceso gradual, con el objetivo fundamental de alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población, implementando un modelo de atención integral, universal y equitativo basado en objetivos sanitarios que prioricen al usuario y la calidad de la atención, unido a un financiamiento solidario, tanto a nivel intergeneracional, como de género y de aportación de las personas en función de sus posibilidades, de las empresas y del Estado.

Basado en este objetivo estratégico, está en marcha la primera etapa de desarrollo del sistema: por un lado, la descentralización de ASSE como prestador de servicios de salud de parte del Estado y, por

otro, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud con sus distintos componentes.

Los componentes principales del Sistema Nacional Integrado de Salud están cimentados en el rol del Ministerio de Salud Pública como rector del Sistema Nacional y de policía sanitaria. El Ministerio de Salud Pública asume las definiciones en materia de políticas de salud y las normas orientadoras y regulatorias de los diferentes programas, así como el registro, habilitación, regulación y contralor de los prestadores que integran el Sistema.

Precisamente, a partir de una mayor regulación, la Junta Nacional de Salud -la JUNASA- administra el Seguro y vela por los principios rectores y los objetivos del Sistema Nacional.

En este sentido, el diseño del Seguro Nacional de Salud y su marco regulatorio han significado incentivos que promueven el logro de los objetivos definidos: la calidad asistencial, la eficacia sanitaria y la equidad. Para ello se están utilizando herramientas fundamentales, como el plan de prestaciones integrales, los contratos de gestión y la cuota salud.

En el Plan de Prestaciones Integrales se definen taxativamente el conjunto de prestaciones que todos los prestadores de salud deben brindar a los usuarios, sin excepciones.

A través de la firma de los Contratos de Gestión entre los prestadores de salud y la JUNASA, se establece un conjunto de compromisos que asumen los prestadores, apuntando a la mejora del modelo y de la calidad de atención y, en la medida en que no se cumpla, estos son pasibles de diversos tipos de sanciones. Entre los compromisos, destacamos la obligación de brindar los programas integrales incluidos en el Plan Integral de Atención en Salud, PIAS.

Entre otros aspectos y a modo de ejemplo, se amplía la cobertura en salud mental, se establecen beneficios especiales a jubilados de bajos recursos amparados por el Seguro Nacional de Salud, se definen controles de salud obligatorios y gratuitos a niños y adolescentes y se estipulan los tiempos de espera máximos para las consultas.

Por su parte, la Cuota Salud es el pago que el Fondo Nacional de Salud -FONASA- realiza a los prestadores de salud y está compuesta por dos elementos: la cápita, ajustada a variables demográficas asociadas a riesgos sanitarios y un componente meta, que premia el cumplimiento de un conjunto de metas asistenciales, ligadas a la promoción del primer nivel de atención.

Como decíamos, el Sistema está en marcha y necesariamente debe de seguir avanzando hasta llegar a su universalización, así como a la mejora paulatina de las prestaciones.

A su vez, la gradualidad comprometida en cuanto a los ingresos de colectivos al Seguro de Salud a partir de la Ley N° 18.211, se complementa con el ingreso de los cónyuges y concubinos de los trabajadores y las trabajadoras aportantes al Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con el cronograma establecido en dicha ley.

Desde diciembre de 2010, ingresan quienes tienen a cargo tres o más hijos menores de 18 años, o mayores de esa edad con discapacidad; esto significa entre veinticinco mil y veintisiete mil personas, e implica un costo de US$ 14.000.000.

En diciembre de 2011, ingresarán quienes tienen a cargo dos hijos menores de dieciocho años, o mayores de edad con discapacidad. Eso significa que ingresarían entre cuarenta y tres mil y cuarenta y seis mil personas, con un costo de US$ 23.000.000.

En diciembre de 2012, ingresarán quienes tienen a cargo un hijo menor de dieciocho años o mayor de esa edad con discapacidad, lo que significa el ingreso de entre cincuenta y tres mil y cincuenta y ocho mil personas, con un costo de US$ 32.000.000.

Finalmente en diciembre de 2013, ingresarán quienes no tienen a cargo hijos menores de dieciocho años, o mayores de esa edad con discapacidad, alcanzando entre ochenta y un mil y noventa y tres mil personas, con un costo aparejado de US$ 70:000.000.

En total, la incorporación de cónyuges y concubinos implica el ingreso de entre doscientas cincuenta mil y doscientas ochenta mil personas al Seguro, con un costo aparejado de US$ 139:000.000.

Del mismo modo, la Ley N° 18.211, en sus artículos 69 y 70, incluye el ingreso de los beneficiarios de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Salud. Luego de distintas instancias de intercambio y negociación con los colectivos involucrados, se plantean modificaciones respecto a la gradualidad de los aportes al FONASA, así como la preservación de segu-

ros complementarios que puedan establecer prestaciones no contempladas por el Seguro Nacional de Salud.

Cabe destacar que uno de los aspectos que debemos analizar conjuntamente con la integración de los beneficiarios de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales, es el proyecto de ley que mejora sustancialmente y en forma gradual, el subsidio por enfermedad que sirve el BPS a los trabajadores que pierden salario cuando están enfermos.

Quiero destacar que este proyecto de ley, que ya cuenta con media sanción de la Cámara de Representantes y que actualmente está en tratamiento en el Senado, establece un cronograma de incremento de los topes máximos establecidos en la normativa vigente: tres Bases de Prestaciones y Contribuciones, elevándolos en un plazo de cinco años a ocho Bases de Prestaciones y Contribuciones. Esta mejora, largamente anhelada por los trabajadores, representa un beneficio no solo para las personas que perciben esa prestación de las Cajas de Auxilio -en su inmensa mayoría no la perderán con su ingreso al FONASA-, sino que va a beneficiar a cientos de miles de trabajadores, que ven reducidos sus ingresos en forma dramática cuando precisamente más lo necesitan.

Señora Presidenta: con este proyecto de ley estamos entrando a la segunda etapa de la reforma de la salud, y es en ese marco que el Gobierno Nacional, fiel a los compromisos asumidos en su programa de Gobierno, ha remitido al Parlamento el proyecto de ley que ponemos a consideración del pleno de la Cámara, luego de ser discutido y enriquecido en las Comisiones integradas de Hacienda y de Salud Pública y Asistencia Social.

Este proyecto tiene como objetivo fundamental asegurar el acceso universal a servicios de atención integral de salud, avanzando en esta segunda etapa con la incorporación al Seguro Nacional de Salud de los colectivos que todavía no están amparados por este, así como ajustar el sistema de gasto y financiamiento, tratando de asegurar mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad.

Los cinco Capítulos que integran el proyecto articulan claramente los pasos que concluyen en el inicio de la segunda etapa de la reforma, y nos vamos a referir a ellos.

El Capítulo I está referido al ingreso de jubilados y pensionistas, y va desde el artículo 1° al 8°. Uno de los compromisos sociales más trascendentes que hemos asumido es la integración al Seguro Nacional de Salud de la totalidad de los jubilados y pensionistas, sin duda, el sector de personas con mayor necesidad de contar con servicios de salud integrales y sin condiciones.

En efecto, la incorporación gradual de los pasivos al FONASA implica el acceso de este colectivo a cuatro derechos básicos: en primer lugar, la posibilidad de contar con cobertura integral de salud y de optar por el prestador que deseen; en segundo término, garantizar este derecho evitando la discriminación que supone, como sucede en el presente, que los prestadores rechacen a estas personas por consideraciones relativas a costos y riesgos sanitarios; en tercer lugar, el derecho a acceder a una canasta de tiques y órdenes gratuitos, y, en cuarto término, el ingreso de los cónyuges o concubinos en el último tramo del proceso gradual planteado en el cronograma establecido.

La gradualidad que establece el proyecto para el ingreso en etapas de jubilados y pensionistas al SNS toma en cuenta el costo que necesariamente debe asumir el Estado en función del alto déficit que implica el ingreso de este colectivo, resultante del aporte que realicen por sus pasividades al FONASA y del costo de las cápitas que se volcarán a los prestatarios de los servicios de salud.

El cronograma de ingresos desarrollado en el artículo 1° de este proyecto de ley surge de la consideración sobre la situación de vulnerabilidad social de los distintos colectivos y el nivel de ingresos que tienen.

Por ello, en primer lugar, a partir de 1° de julio de 2011, ingresarán los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos no superen las cuatro Bases de Prestaciones y Contribuciones, que hoy equivalen a $ 8.244.

En segundo término comenzarán a integrarse los pasivos que al 1° de diciembre de 2010 no tengan cobertura brindada por un prestador privado, tomando en cuenta los ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, priorizando a los de mayor edad y menos ingresos, de acuerdo con el siguiente cronograma: en julio de 2012, se incorporarán pasivos mayores de setenta y cuatro años con

ingresos inferiores a tres Bases de Prestaciones y Contribuciones equivalentes a $ 6.183, lo que representa el ingreso de entre treinta y dos mil y treinta y tres mil personas.

En julio de 2013 se incorporarán pasivos mayores de setenta años y con ingresos inferiores a cuatro Bases de Prestaciones y Contribuciones, que hoy equivalen a $ 8.245. Esto representa el ingreso al Seguro de Salud de entre treinta y tres mil y treinta y cuatro mil personas.

En julio de 2014 se incorporarán pasivos mayores de sesenta y cinco años y con ingresos inferiores a cinco Bases de Prestaciones y Contribuciones, equivalentes a $ 10.305. Esto significa el ingreso al Seguro Nacional de Salud de entre treinta y un mil y treinta y cuatro mil personas.

En julio de 2015, se incorporarán pasivos mayores de sesenta años y con ingresos inferiores a diez Bases de Prestaciones y Contribuciones, que hoy equivalen a $ 20.610. Esto representa el ingreso de entre veinticinco mil y treinta mil personas.

En julio de 2016, se incorporarán el resto de los pasivos, entre cincuenta y tres mil y cincuenta y cinco mil personas.

En tercer término, se establece la incorporación de los jubilados y pensionistas que a la fecha se encuentren abonando una cuota prepaga a los prestadores privados de salud. A partir de este 1º de julio de 2012, se incorporarán al FONASA la totalidad de estos pasivos, alcanzando por ello los cuatro derechos básicos definidos anteriormente.

La gradualidad en este caso está en la forma en que los pasivos realizarán su contribución al Fondo Nacional de Salud, así como en el monto que recibirán las instituciones por su cobertura.

El principio rector que define esta gradualidad es que los pasivos paguen desde un principio un monto menor al que pagan al día de hoy por su cuota mutual y, a su vez, que las prestadoras de salud privadas perciban un monto superior a la cuota que actualmente paga el pasivo.

Al cabo de cinco años se completa el tránsito gradual. A partir del 1º de julio de 2016, los pasivos solamente aportarán el monto correspondiente a su aporte al FONASA y las instituciones recibirán el monto total de la cápita correspondiente, de acuerdo con la edad y sexo de la persona.

Con este mecanismo, se logra que los pasivos vayan reduciendo progresivamente los montos que pagan y las instituciones del sistema vayan recibiendo mayores ingresos por la cobertura que brindan.

En 2012 aportarán el monto correspondiente al FONASA y el fisco pagará a las instituciones de asistencia médica colectiva el 20% de la diferencia entre la cuota mutual y el monto que representa el aporte del beneficiario, mientras que el otro 80% lo pagará el pasivo.

En el segundo año, el porcentaje de la diferencia entre el aporte del beneficiario y la cuota mutual que cubrirá el fisco será del 40%. Así irá aumentando el porcentaje de cobertura a cargo del fisco a razón de 20% de la diferencia entre el aporte del beneficiario y la cuota mutual cada año, hasta llegar al 100%. Desde ese momento, finalmente, el pasivo sólo aportará el porcentaje correspondiente al FONASA por sus ingresos.

Las instituciones prestadoras de salud recibirán del fisco a partir del segundo año la diferencia entre la cuota mutual y el valor de la cuota salud correspondiente al pasivo, a razón de un 20% por año, hasta completar el valor total de su cuota salud.

El ingreso de jubilados y pensionistas con la gradualidad planteada en los términos que define este proyecto supone modificaciones al contrato de gestión vigente firmado entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores que integran el Seguro Nacional de Salud. Aquellos que acuerden con el nuevo régimen, serán los que podrán recibir como usuarios a los nuevos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

De acuerdo con la información proporcionada por los representantes del Poder Ejecutivo, el universo de jubilados y pensionistas que se integrará al Seguro Nacional de Salud al final del proceso de inclusión ronda las cuatrocientas cinco mil personas, y el costo que implica su integración se estima en US$ 260:000.000. Sin duda, se trata de un esfuerzo muy importante en beneficio de un sector prioritario en materia de políticas sociales y de salud.

Vamos a ingresar a la consideración del Capítulo II, que refiere a los ajustes en el régimen de contribu-

ciones al Fondo Nacional de Salud y va desde el artículo 9º hasta el artículo 16.

En este Capítulo, se introduce una serie de modificaciones al régimen de aportaciones al Fondo Nacional de Salud. Por el artículo 9° se incorpora un inciso al artículo 55 de la Ley N° 18.211, por el cual el Poder Ejecutivo determinará el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas por la citada ley, las expectativas de vida de la población, las cuotas del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración del seguro.

En los artículos 10 y 11 se establece un nuevo mecanismo de cálculo para la aportación al FONASA y se habilita a la Dirección General Impositiva a colaborar en la recaudación y fiscalización de los aportes al Fondo Nacional de Salud.

El nuevo mecanismo de aportación al FONASA, con vigencia a partir del 1° de enero de 2011, implica que al 31 de diciembre de cada año se deberá comparar la suma de las contribuciones personales al FONASA realizadas durante el año civil, con la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones recibidas por el beneficiario, sus hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad y su cónyuge o concubino a los que conceda el mismo amparo durante el mismo período, de acuerdo con el artículo 9°, incrementado en 25%. Si de la comparación de ambas sumas...

(Murmullos.- Campana de orden)

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede continuar, señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Muchas gracias, señora Presidenta.

Decía que si de la comparación de ambas sumas los aportes personales al FONASA son mayores que el costo promedio equivalente, el excedente le será devuelto al titular de la aportación. En caso de que el saldo sea negativo, el beneficiario no deberá realizar ninguna aportación complementaria.

El cambio planteado implica que el financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud pasará a sustentarse menos en el componente de "contribuciones a la seguridad social" y más en el componente de "financiamiento tributario a través de Rentas Generales". Se trata de eliminar el componente impositivo que pudiera estar asociado a las contribuciones al FONASA, lo que necesariamente se complementa con una profundización del financiamiento del Sistema a través de los impuestos que paga el conjunto de la ciudadanía.

Consecuentemente con este cambio conceptual en el financiamiento del FONASA, el Poder Ejecutivo ha reafirmado los compromisos programáticos establecidos ante la ciudadanía, determinando el año 2011 para profundizar el sesgo progresivo del Sistema Tributario.

En este sentido, el Sistema Nacional Integrado de Salud preserva el sistema solidario basado en tres conceptos fundamentales. En primer lugar, todas aquellas personas cuyos aportes son menores a los servicios recibidos, son subsidiadas por el sistema y acceden al Sistema Nacional de Salud en forma igualitaria. En segundo término, el aporte adicional para la cobertura de salud nacional en el marco de un seguro de salud que es por esencia tripartito -con aportes obrero, patronal y estatal-, surge de la recaudación tributaria donde pesan los impuestos como el IRAE y el IRPF, que fortalecen la redistribución. En tercer lugar, la comparación de los aportes personales al FONASA con los gastos en salud no se hace tomando en cuenta el gasto puntual de cada individuo, sino el gasto promedio a lo largo de la vida, generando solidaridad intergeneracional y entre sexos, evitando la discriminación de género y de los adultos mayores, que son más onerosos que otros colectivos.

El artículo 12 introduce modificaciones a los artículos 70 y 71 de la Ley N° 18.211. En él se contemplan los aportes de quienes obtengan ingresos originados fuera de la relación de dependencia. La contribución de los mismos se define tomando como base el mismo monto imponible utilizado para liquidar el Impuesto a la Renta a las Personas Físicas, IRPF, o el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas, IRAE, según corresponda.

Las modificaciones propuestas a dicha forma de aportación consisten en otorgar a las contribuciones el carácter de anticipos mensuales a cuenta de una liquidación de carácter anual. Esta liquidación anual en base a los montos imponibles del IRPF o del IRAE, según corresponda, se comparará con la suma del costo promedio equivalente, tal como está definido en el tercer inciso del artículo 55 contenido en el presente

proyecto de ley, aplicándose el mismo criterio que el contenido en el artículo 11, devolviéndose el excedente aportado al contribuyente en caso que correspondiere.

Asimismo, en el artículo 70 de la Ley N° 18.211, se introducen modificaciones con la finalidad de definir la forma de aportación en aquellos casos en que un sujeto obtenga ingresos por prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, conjuntamente con ingresos de otra naturaleza.

Existe falta de claridad en la norma vigente en lo que refiere a los ingresos obtenidos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia a través de formas asociativas, entre otras modalidades, a través de sociedades comerciales comprendidas en la Ley N° 16.060, "Sociedades Comerciales", de 4 de setiembre de 1989.

Para establecer el alcance de la aportación en estos casos, se propone agregar un inciso al artículo referido para determinar que solamente quedan comprendidos en el régimen los ingresos correspondientes a prestaciones de servicios personales obtenidos a través de las entidades que se encuentran en régimen de atribución de rentas en sede del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. Estas entidades, entre las cuales se encuentran las sociedades civiles, las de hecho con objeto civil, y otras con o sin personería jurídica, aplicarán un régimen de transparencia fiscal por medio del cual atribuyen sus ingresos directamente a sus integrantes y son estos los que deberán liquidar el IRPF. Alternativamente, estas entidades pueden optar por liquidar IRAE, en cuyo caso, no efectúan la atribución de ingresos.

El presente proyecto de ley define que si las entidades referidas se encuentran en régimen de atribución plena de ingresos a sus integrantes para la liquidación del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, también deberán atribuir ingresos para que esos integrantes liquiden individualmente el aporte al FONASA. Si la entidad hubiera optado por liquidar por sí el IRAE, deberá atribuir a sus integrantes la cuota correspondiente sobre la renta neta fiscal gravada.

A su vez, en el inciso cuarto del artículo 70, se aclara que los prestadores de servicios personales solamente aplicarán la tasa de aportación al FONASA correspondiente a los trabajadores, quedando fuera del régimen de aportación la tasa que corresponde al aporte patronal. Esto significa que se vincula a los prestadores de servicios personales como trabajadores independientes.

También se introducen modificaciones al artículo 71 de la Ley N° 18.211, a los efectos de dar claridad sobre la aportación de las empresas unipersonales al FONASA, disponiendo que si la empresa unipersonal combina la obtención de ingresos provenientes de la prestación de servicios personales conjuntamente con otros ingresos, deberá aportar en cada régimen, según corresponda a cada tipo de ingreso.

(Murmullos)

——Del mismo modo, en los artículos 13, 14 y 15 se introducen modificaciones con el objetivo de ampliar el derecho al Seguro Nacional de Salud a los propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, que tengan hasta cinco trabajadores subordinados, aportando al FONASA sobre un ficto de 6,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones mensuales, equivalentes al día de hoy a $ 13.400, ampliando sustancialmente el alcance de dicho artículo de la Ley N° 18.211, que amparaba a estas unipersonales con hasta un trabajador subordinado.

El artículo 16 del Capítulo II del proyecto en discusión...

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Permítame, señor Diputado.

Creo que usted debe elevar permanentemente el tono de voz y supongo que es para que lo escuchen mejor.

Puede continuar, señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Sigue siendo muy amable, señora Presidenta.

Decía que el artículo 16 del Capítulo II del proyecto en discusión corrige una omisión planteada en el inciso quinto del artículo 61 de la Ley N° 18.211, extendiendo el amparo del Seguro Nacional de Salud a cónyuges o concubinos de unipersonales rurales. A tal efecto, se establece dicha tasa manteniendo los criterios de aportación vigentes para este colectivo.

Ingresamos al análisis del Capítulo III, "Modificaciones al régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad", artículos 17 a 29.

Sin dudas que el ingreso al Seguro Nacional de Salud de los colectivos amparados por las Cajas de Auxilio o los Seguros Convencionales de Enfermedad ha concitado el mayor debate público.

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley N° 18.211, las personas comprendidas en estos regímenes, se debían incorporar al Sistema no más allá del 1° de enero de 2011.

Frente a la preocupación planteada por los colectivos involucrados, se comenzó a trabajar en la búsqueda de una solución que tomara en cuenta los tres factores que emergían como más preocupantes, a saber: el destino de los activos acumulados por estos institutos, las prestaciones complementarias, incluido el complemento del subsidio por enfermedad, y los jubilados amparados por las Cajas o Seguros.

En función de las negociaciones establecidas con los distintos colectivos, se evaluó conveniente incluir un dispositivo en el articulado de este proyecto de ley, que habilite a las Cajas de Auxilio existentes a continuar brindando prestaciones complementarias a las que están a cargo del SNS. En este sentido, el proyecto establece el ingreso al SNS de todos los trabajadores amparados por las Cajas de Auxilio, a partir del 1° de julio de 2011; todos los jubilados que actualmente están amparados por las Cajas de Auxilio pasan automáticamente a ser cubiertos por el SNS y todos aquellos trabajadores que en el futuro se jubilen, también obtendrán este beneficio, preservando todos su afiliación a las Cajas de Auxilio modificadas. En el caso de los jubilados, los aportes serán vertidos íntegramente al FONASA.

Las Cajas de Auxilio, luego de presentar una adecuación estatutaria y un plan que demuestre su sustentabilidad, seguirán funcionando como seguros complementarios al SNS, conservando en su poder todos sus bienes y ahorros, siempre administrándose en forma autónoma.

Los aportes correspondientes a los menores a cargo, 1,5%, o de los cónyuges o concubinas 2%, pasarán íntegramente al FONASA desde el 1° de julio de 2011.

Los aportes patronales -5%- pasarán al FONASA desde el 1° de julio de 2011.

Los aportes personales de los trabajadores pasarán al FONASA en forma gradual, de acuerdo con el siguiente cronograma. En 2011, no habrá aportes al FONASA, quedando el 4,5% para la Caja de Auxilio; en 2012, el 1,5% para el FONASA y quedará 3% para las Cajas de Auxilio; en 2013, el 2,5% se verterá al FONASA y el 2% a las Cajas de Auxilio; en 2014, 3,5% para el FONASA y 1% para las Cajas de Auxilio; en 2015, 4,5% para el FONASA y se deja de aportar a las Cajas de Auxilio.

De esta forma, los colectivos cubiertos por estas experiencias participativas, de larga práctica a nivel de empresas o ramas de actividad, se integrarán al régimen solidario del Sistema Nacional Integrado de Salud y, a su vez, podrán continuar sirviendo beneficios vinculados a la salud y a la seguridad social no contemplados en las prestaciones del Seguro Nacional de Salud.

En cuanto a la sustentabilidad futura de las Cajas de Auxilio modificadas, el primer paso es el proyecto de ley que ya cuenta con media sanción de la Cámara de Representantes y que determina el incremento gradual de las prestaciones que sirve el BPS por concepto de Seguro de Enfermedad de los trabajadores, llevando de tres a ocho el tope de las Bases de Prestaciones Contributivas actuales, en un período de cinco años, en consonancia con la gradualidad de los aportes que dejan de percibir paulatinamente las Cajas a favor del FONASA. Si bien este beneficio involucra al conjunto de los trabajadores privados del país, esta medida disminuirá el peso económico, en particular, a las Cajas de Auxilio, que complementan en la actualidad el subsidio por enfermedad hasta el 100% del salario.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Radío)

——Esta solución, analizada en su globalidad, permite ir ajustando las necesidades financieras de las Cajas en forma gradual y encontrando los montos necesarios de aporte obrero-patronales para financiar las prestaciones complementarias.

El proyecto dispone, en los artículos 17 y 18, que los aportes adicionales no podrán superar el 3% del salario del trabajador, y siempre la mitad como mínimo del financiamiento futuro de las Cajas, deberá ser aportada por las empresas.

Por último, estos seguros convencionales complementarios, tendrán las exoneraciones tributarias de

sus rentas, previsto en el literal R) del artículo 52, del Título 4 del Texto Ordenado 1996.

Vamos a analizar el Capítulo IV, "Continuidad del amparo de menores y mayores con discapacidad", que comprende el artículo 30. Este artículo contempla la situación de los hijos menores de dieciocho años, o mayores con discapacidad, de aquellos trabajadores que dejen de contar con el amparo del Seguro Nacional de Salud, a partir de la eventual pérdida de la actividad laboral o por el término del seguro de paro que les mantenía ese derecho.

Este artículo garantiza a esos hijos menores o discapacitados mayores, el mantenimiento de la cobertura del Seguro Nacional de Salud por doce meses, con la única condición de que el período de aportación que concedió el derecho no sea inferior a un año. Esta extensión del beneficio se fundamenta en la prioridad de la atención integral de salud de la infancia y la adolescencia, principalmente, ante situaciones de pérdida de empleo por períodos prolongados de los padres aportantes.

Pasamos a analizar el Capítulo V, "Disposiciones finales", que comprende los artículos 31 y 32. Estos artículos adecuan los artículos modificados en el proyecto del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, y demás normas que se opongan al proyecto que estamos considerando.

Asimismo, el último artículo habilita al Poder Ejecutivo para reglamentar el proyecto.

En síntesis, con la aprobación de este proyecto se estaría dando un enorme paso en la continuidad del proceso de universalización y de equidad del Sistema Nacional Integrado de Salud. Prácticamente, se incluye al conjunto de la población en un sistema único, integral y equitativo.

De las 690.000 personas beneficiadas por el Seguro Nacional de Salud al inicio del proceso en agosto de 2007, culminaremos en diciembre de 2016 con la integración de 2:465.000 personas; lo que parecía una utopía, con el diseño propuesto será una realidad.

Por lo expuesto, recomendamos al Cuerpo la aprobación del presente proyecto.

Muchas gracias.

18.- Licencias. Integración de la Cámara.

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Dese cuenta del informe de la Comisión de Asuntos Internos relativo a la integración del Cuerpo.

(Se lee:)

"La Comisión de Asuntos Internos aconseja a la Cámara aprobar las siguientes solicitudes de licencia:

Del señor Representante José Carlos Mahía, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 14 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Eduardo Márquez.

Del señor Representante Nelson Rodríguez, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 20 de diciembre de 2010, convocándose a la suplente siguiente, señora Solana Cabrera de Abásolo.

Del señor Representante Daniel Peña, en misión oficial, literal C) del artículo primero de la Ley Nº 17.827, para integrar la comitiva oficial que acompañará al Presidente de la República a la XL Reunión del Consejo del Mercado Común y la Cumbre de Jefes de Estado del MERCOSUR, a desarrollarse en la ciudad de Foz de Iguazú, República Federativa del Brasil, por los días 16 y 17 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Auro Acosta.

Del señor Representante Carlos Gamou, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el período comprendido entre el día 15 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Julio Balmelli.

De la señora Representante Daniela Payssé, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el período comprendido entre el día 14 de diciembre de 2010, convocándose a la suplente siguiente, señora Eloísa Moreira".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Sesenta y nueve en setenta y dos: AFIRMATIVA.

Quedan convocados los correspondientes suplentes, quienes se incorporarán a la Cámara en las fechas indicadas.

(ANTECEDENTES:)

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente solicito al Cuerpo que usted preside licencia por el día de la fecha, por motivos personales, solicitando la convocatoria de mi suplente correspondiente.

Saluda atentamente,

JOSÉ CARLOS MAHÍA
Representante por Canelones".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Habiendo sido convocado por ese Cuerpo, en mi calidad de suplente por el Representante Nacional José Carlos Mahía, comunico mi renuncia por esta única vez, solicitando la convocatoria de mi suplente correspondiente.

Sin otro particular, saludo a la señora Presidenta muy atentamente.

Luis Enrique Gallo".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Habiendo sido convocado por ese Cuerpo, en mi calidad de suplente por el Representante Nacional José Carlos Mahía, comunico mi renuncia por esta única vez, solicitando la convocatoria de mi suplente correspondiente.

Sin otro particular, saludo a la señora Presidenta muy atentamente.

Juan Ripoll".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Habiendo sido convocado por ese Cuerpo, en mi calidad de suplente por el Representante Nacional José Carlos Mahía, comunico mi renuncia por esta única vez, solicitando la convocatoria de mi suplente correspondiente.

Sin otro particular, saludo a la señora Presidenta muy atentamente.

Gabriela Garrido".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Habiendo sido convocado por ese Cuerpo, en mi calidad de suplente por el Representante Nacional José Carlos Mahía, comunico mi renuncia por esta única vez, solicitando la convocatoria de mi suplente correspondiente.

Sin otro particular, saludo a la señora Presidenta muy atentamente.

Silvia Camejo".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Montevideo, José Carlos Mahía.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 14 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Luis Gallo, Juan Ripoll, Gabriela Garrido y Silvia Camejo.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Monte-

video, José Carlos Mahía, por el día 14 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Luis Gallo, Juan Ripoll, Gabriela Garrido y Silvia Camejo.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2121738, del Lema Partido Frente Amplio, señor Eduardo Márquez.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente solicito licencia por motivos personales por el día 20 de diciembre y se convoque al suplente correspondiente.

Sin otro particular, saludo.

NELSON RODRÍGUEZ
Representante por Maldonado".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente comunico a usted que por esta única vez no podré concurrir a la presente citación.

Saluda a Ud. muy atentamente,

Martín Laventure".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente comunico a usted que por esta única vez no podré concurrir a la presente citación.

Saluda a Ud. muy atentamente,

Homero Bonilla".

"Maldonado, 15 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente comunico a usted que por esta única vez no podré concurrir a la presente citación.

Saluda a Ud. muy atentamente.

Wilson Jesús Bentancor".

"Maldonado, 15 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente comunico a usted que por esta única vez no podré concurrir a la presente citación.

Saluda a Ud. muy atentamente.

José Hualde".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Maldonado, Nelson Rodríguez.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 20 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Martín Laventure, Homero Bonilla, Jesús Bentancor y José Hualde.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Maldonado, Nelson Rodríguez, por el día 20 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Martín Laventure, Homero Bonilla, Jesús Bentancor y José Hualde.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, a la

suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 21, del Lema Partido Nacional, señora Solana Cabrera de Abásolo.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la

Cámara de Representantes,

Ivonne Passada

Presente.

De mi mayor consideración:

Por la presente, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Nº 17.827, artículo 1º, literal C, solicito a usted se me conceda licencia por misión oficial en el exterior los días 16 y 17 de diciembre del 2010, inclusive.

Motiva tal solicitud la invitación recibida por parte del Ministerio de Relaciones Exteriores para integrar la comitiva oficial del señor Presidente de la República, la cual participará de la XL Reunión del Consejo del Mercado Común y la Cumbre de Jefes de Estado del MERCOSUR a realizarse en Foz de Iguazó, Brasil.

Envío en nota adjunta, copia de la invitación recibida.

Saluda atentamente.

DANIEL PEÑA

Representante por Canelones".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia para viajar al exterior en misión oficial, del señor Representante por el departamento de Canelones, Daniel Peña, para integrar la comitiva oficial que acompañará al Presidente de la República a la XL Reunión del Consejo del Mercado Común y la Cumbre de Jefes de Estado del MERCOSUR, a desarrollarse en la ciudad de Foz de Iguazú, República Federativa del Brasil.

CONSIDERANDO: Que solicita se le conceda licencia por el período comprendido entre los días 16 y 17 de diciembre de 2010.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el literal C) del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia en misión oficial, por el período comprendido entre los días 16 y 17 de diciembre de 2010, al señor Representante por el departamento de Canelones, Daniel Peña, , para integrar la comitiva oficial que acompañará al Presidente de la República a la XL Reunión del Consejo del Mercado Común y la Cumbre de Jefes de Estado del MERCOSUR, a desarrollarse en la ciudad de Foz de Iguazú, República Federativa del Brasil.

2) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2004505, del Lema Partido Nacional, señor Auro Acosta.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la

Cámara de Representantes,

Ivonne Passada

Presente.

De mi mayor consideración.

Por motivos personales solicito al Cuerpo que usted preside, se sirva concederme el uso de licencia por motivos personales el día 15 de diciembre de 2010, convocando al suplente respectivo.

Sin otro particular, saluda atentamente,

CARLOS GAMOU

Representante por Montevideo".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la

Cámara de Representantes,

Ivonne Passada

Presente.

De mi mayor consideración.

En virtud de la licencia solicitada por el señor Representante Carlos Gamou, comunico a usted mi renuncia por esta única vez, a ocupar la banca en mi carácter de suplente.

Sin mas, saluda atentamente,

Pablo Álvarez".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

En virtud de la licencia solicitada por el señor Representante Carlos Gamou, comunico a usted mi renuncia por esta única vez, a ocupar la banca en mi carácter de suplente.

Sin mas, saluda atentamente,

Javier Salsamendi".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Montevideo, Carlos Gamou.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Pablo Álvarez y Javier Salsamendi.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Montevideo, Carlos Gamou, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Pablo Álvarez y Javier Salsamendi.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 7373, del Lema Partido Frente Amplio, señor Julio Balmelli.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

Por la presente solicito al Cuerpo que usted preside licencia por el día de la fecha por motivos personales, solicitando la convocatoria de mi suplente correspondiente.

Saluda atentamente,

DANIELA PAYSSÉ
Representante por Montevideo".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, de la señora Representante por el departamento de Montevideo, Daniela Payssé.

CONSIDERANDO: Que solicita se le conceda licencia por el día 14 de diciembre de 2010.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, a la señora Representante por el departamento de Montevideo, Daniela Payssé, por el día 14 de diciembre de 2010.

2) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2121, del Lema Partido Frente Amplio, señora Eloísa Moreira.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

19.- Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios.

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Continúa la consideración del asunto en debate.

Tiene la palabra el miembro informante en minoría, señor Diputado Abdala.

SEÑOR ABDALA.- Señor Presidente: me corresponde a mí hacer, en nombre del Partido Nacional, el informe en minoría que habrá de recomendar a la Cámara el rechazo del proyecto de ley a consideración del Cuerpo

Antes que nada, coincido con el miembro informante en mayoría en cuanto al clima de armonía en que se trabajó en la Comisión y al cual, efectivamente, las tres bancadas que estuvimos representadas -la del Partido Nacional, la del Partido Independiente y la del Frente Amplio- de las cuatro que tienen representación parlamentaria, abonamos y contribuimos, como corresponde a un análisis civilizado de los temas, aun cuando las diferencias son grandes e importantes.

Pretendemos hacer algunas consideraciones generales y algunas valoraciones de carácter político con relación al proyecto que la Cámara está analizando. Se llega a la instancia de hoy a partir de una enorme imprevisión con la que el Gobierno Nacional ha actuado en este tema, y de una evidente falta de prudencia, una falta de perspectiva al medir las consecuencias de sus actos y de los planes que la actual Administración y también la anterior han impulsado.

Creo que todo eso tiene que ver con un exceso de visión teórica e ideologizada de los temas de la Administración y del Gobierno que, sin ninguna duda, en lo que refiere a las políticas de salud y al nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud claramente se han manifestado en las propuestas que el Gobierno ha planteado al país y a este Parlamento. El Gobierno ha visto y sigue viendo únicamente números y uniformidades donde no las hay, donde hay diversidad y circunstancias complejas y pretende emparejar, sin advertir que detrás de cada afiliado, de cada Caja de Auxilio, de cada seguro convencional, detrás de cada subsistema de estos de seguridad social, hay una historia específica, personal, familiar; hay una realidad que se ha tejido a través de los años y que es una historia de honestidad, de sacrificio, de esfuerzo y de buena administración; además todo ello se ha hecho sin el subsidio ni el apoyo del Estado.

Esto le cabe al actual Poder Ejecutivo pero también al anterior, porque sin duda en esto hay una continuidad entre ambas Administraciones. Todos lo sabemos. Podríamos hablar, entonces, de las Administraciones del Frente Amplio o bien de la "Administración Olesker" porque, en algún sentido, el actual Ministro de Salud Pública es, a nuestro juicio, quien corporiza la reforma de la salud, por la participación que le cupo tanto en el período anterior como en este.

Aquí se había generado un problema serio -que por algo hoy con urgencia la Cámara está analizando y en pocos días será tratado por el Senado- en la incorporación de estos colectivos, cuyas consecuencias y el daño que generará a los subsistemas de seguridad social, a las Cajas de Auxilio y a los seguros convencionales -y, por lo tanto, a las decenas de miles de trabajadores que se atienden o reciben prestaciones-, no fueron oportunamente advertidos por el Gobierno. En todo caso, el Gobierno empezó a reconocer implícitamente que tenía un problema a medida que la fecha perentoria del próximo 1° de enero se aproximaba y que los interesados fueron levantando su voz, haciéndose oír, reclamando y reaccionando, como corresponde a aquel que se ve afectado y agredido por el Estado que, sin duda, en este caso está en vías de lesionar derechos adquiridos.

Para solucionar esto, el Gobierno desembarca con un proyecto de ley que, a nuestro juicio, es más aparente que real, es cortoplacista y diría que también por ello no está exento de cierta perversidad. Lo que procura es, en algún sentido, hacer la gimnasia o trasmitir la sensación de que con esto arreglamos el problema de las Cajas de Auxilio o la situación de los seguros convencionales y que incorporamos a los jubilados al FONASA de acuerdo con lo que habíamos comprometido. Pero como notaremos después, no es difícil demostrar que ni una cosa ni la otra son ciertas, que es cortoplacista con relación a las Cajas de Auxilio y es decepcionante e injusto con los pasivos a la hora de la solución que se propone para su gradual incorporación al FONASA, a efectos de concederles la cobertura de la salud.

Adelanto que vamos a acompañar algunos aspectos del proyecto. La novedad de la devolución de los excedentes de los aportes cuando los mismos superen el costo promedio de los servicios de salud, fue planteada como una idea interesante que en algún momento a todos nos encandiló, porque cuando compareció el Ministro Olesker, en primera instancia parecía que era una verdadera revolución dentro del sistema, un cambio cualitativo y que en algún sentido eso iba en línea con un concepto que nosotros compartimos:

cobrar un precio justo por el servicio que se presta y, por lo tanto, devolver todo aquello que está por encima de la tarifa. Pero después esa ilusión se fue desvaneciendo, porque cuando votamos la semana pasada en Comisión estuvieron presentes los representantes del Poder Ejecutivo, del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública y, como advertiremos después, quedó claro que ese beneficio va a llegar simplemente a un puñado de compatriotas en función de que, al costo promedio a que hacíamos referencia hace un momento, hay que agregarle un 25% por concepto de gastos de administración y de cobertura de los costos en la proyección que el sistema de salud establece.

Queremos reiterar el concepto de la perversidad de la solución. ¿Y por qué decimos que la solución tiene visos de perversidad? Me refiero a la solución, no al que la propuso; yo no estoy tratando de perverso al Ministro, por ahora lo que estoy diciendo es que la solución es perversa. Desde el punto de vista del contenido de lo que estamos analizando, claramente, hay una solución engañosa que nos hace creer, parece indicarnos o sugerir determinado resultado o camino, pero conduce la situación por un sentido bastante diferente. Esto no es ni será la salvación de las Cajas de Auxilio ni de los seguros convencionales; esto será, ni más ni menos -y está dicho en el proyecto y así lo vamos a ver- que la muerte por asfixia de estas, una especie de muerte que se irá dando de modo gradual, en la medida en que, muy sencillamente, el artículo 24 establece que la transferencia de los aportes personales de las Cajas de Auxilio y de los seguros convencionales, de estos subsistemas al FONASA, habrá de realizarse a partir del año 2012, en una secuencia que llega hasta el año 2015 y que en este no habrá más financiamiento para las Cajas de Auxilio. Gradualmente, cada vez habrá menos y, por lo tanto, será difícil -por no decir imposible- mantener las prestaciones que estas sirven hoy a sus afiliados y que, en muchos casos, están muy por encima de las que presta el sistema público y en muchos otros casos son complementarias de las que este brinda a los afiliados a la seguridad social. El propio Ministro Olesker reconoció esto en la Comisión, quizá entre líneas, pero lo dijo cuando vino a presentar el proyecto el día 30 de noviembre. Nosotros le preguntamos lo mismo que estamos afirmando: en qué medida esta transferencia gradual de las aportaciones de las Cajas, de los seguros, al FONASA y al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el tiempo no conduciría, precisamente, a una situación de estrangulamiento, y no dentro de cinco años sino ahora. Porque en la medida en que en el año 2012 haya menos recursos y se aporte menos dinero, no se podrá financiar lo que hoy se financia, ya que todos sabemos que muchas Cajas no son superavitarias, aunque están bien administradas y con lo que recaudan de sus afiliados y de los aportes patronales financian los servicios que prestan. Y el Ministro nos contestó algo que voy a leer textualmente: "Es verdad que finalizada la gradualidad es probable que queden algunas prestaciones complementarias que hoy dan como dice la propia ley los seguros convencionales y que todavía no son parte absoluta del FONASA, ya sea por el lado del subsidio por enfermedad o para alguna otra prestación". Esto lo dijo el Ministro, de manera que, por lo pronto, la duda que nosotros hemos manifestado es legítima y surge, natural y espontáneamente, del mero análisis del articulado del proyecto que estamos tratando. Frente a esta duda que planteamos en la Comisión, y que hoy queremos reiterar, se ha pretendido argumentar que esto se va a solucionar de una manera muy sencilla. Así lo dijo el señor Ministro, y sería por la vía de aportes adicionales, de aumentar los costos a las empresas y a los trabajadores, por la vía de promover que trabajadores y empresarios celebren convenios colectivos, como si estos tuvieran una suerte de condición mágica que todo lo resolviera, a los efectos de que el margen indispensable de incremento de la recaudación para sostener las propias Cajas en el futuro pudiera ser una realidad.

Lo primero que se podría sostener -que es de Perogrullo- es que los convenios colectivos no implican la obligación de acordar nada, sino que en todo caso implican la obligación de negociar. Y habrá que ver en cada caso si trabajadores y empresarios llegan a acuerdos o no. No alcanzará con la voluntad de los trabajadores para que esto se pueda concretar. Por lo tanto, se requerirá de un acuerdo recepticio entre las dos partes de la relación laboral. Y por supuesto, las reacciones y las consecuencias a nivel de los distintos sectores que tienen Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, fueron diferentes. La enorme mayoría rechaza esta solución.

La Mesa Coordinadora de las Cajas de Auxilio, que nuclea el mayor número de ellas, en ocasión de su última comparecencia -la semana pasada- dijo que no estaba de acuerdo con esto por las razones que yo

acabo de expresar; palabra más, palabra menos, esto fue lo que se nos trasmitió por parte de la organización más representativa, como le gusta al Gobierno y a la izquierda, desde el punto de vista de la representación sindical, de quienes componen las Cajas de Auxilio y los Seguros Convencionales.

Tampoco le gusta a la Asociación de Escribanos del Uruguay, que fue muy enfática y elocuente a la hora de su comparecencia, y más allá de que específicamente este proyecto parece no abarcarlos, porque la solución de activos y pasivos notariales vendrá en un proyecto de ley aparte -al que, según tengo entendido, hoy se le dio entrada, y veremos cuándo se trata-, la esencia de la solución es la misma y, por supuesto, los escribanos no están de acuerdo.

A los médicos les pareció bastante bien y fueron muy honestos cuando comparecieron a la Comisión. Por su parte FEMI dijo que ellos con esta propuesta arreglaban el problema. Pero tan honesta fue FEMI que el doctor Mier -de quien, por cierto, tenemos un elevadísimo concepto- dijo con un enorme sentido de la solidaridad que mucho temían que esta solución no va a servir a muchas Cajas de Auxilio cuyos trabajadores de niveles salariales menores, a través de este proyecto no tendrán viabilidad para sus Cajas. Creo que este es un gesto noble que yo quiero destacar, porque el doctor Mier, en representación de la Federación Médica del Interior, después de haber dicho con absoluta objetividad y franqueza intelectual que en todo caso la solución, por un tema de capacidad económica o de su propia circunstancia, podía ser satisfactoria para los médicos, él reconocía desde ya que no lo sería para el resto por las razones que hemos sostenido.

Además, si todavía subsistiera alguna duda de que aquí no hay una verdadera intención de salvar a las Cajas de Auxilio y a los seguros convencionales, creo que el articulado nos da algunas otras pistas bastante interesantes. Así, el artículo 23 consagra el mecanismo para la habilitación de las Cajas de Auxilio y de los seguros convencionales actualmente existentes. La norma establece que en el plazo de un año deben presentarse al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y que previo informe del Banco de Previsión Social, será aceptada o rechazada su solicitud a efectos de reconstituirse como Caja de Auxilio. Y esta norma, aunque pueda pasar algo inadvertida, es de una enorme peligrosidad, sobre todo en manos de este Gobierno. Digo esto con absoluto respeto pero con absoluta convicción, por la sencilla razón de que todos hemos visto a lo largo de este proceso que hay una evidente animadversión de sectores importantes del Gobierno y, en particular, de los más directamente involucrados por razones de competencia al tema que estamos analizando, es decir, las Cajas de auxilio y los seguros convencionales.

No quiero decir que a lo largo de todos estos meses asistimos a una campaña premeditada, pero en los hechos terminó siendo eso, es decir, una campaña de desprestigio, de cuestionar a las Cajas y su viabilidad, de dar versiones confusas en el sentido de que esto así como está no es viable y que entonces eso justificaría su ingreso al FONASA, y esa sería una razón adicional. Sobre todo en el BPS -no quiero dar nombres propios- hay algunas cabezas bastante totalizantes -todos lo sabemos-, y no digo totalitarias sino absorbentes, que en todo caso ven en esta solución una causa poco menos que de principios, a partir de una visión absolutamente dogmática, sin detenerse un minuto a analizar que lo que hay que ver aquí es el daño o la destrucción que se puede generar a tantos miles de trabajadores humildes de este país en lo que tiene que ver con la prestación de los servicios sociales, simplemente por cumplir -reitero-, lo que sería una especie de preconcepto ideológico de emparejamiento, por el que todos tenemos que estar igual, cueste lo que cueste, según un concepto de igualdad que yo diría que por lo menos es discutible o bastante distorsionado.

Además, este tema está en el trasfondo de la discusión. Sin duda hay un componente que podríamos tildar de filosófico, si no de ideológico, detrás de este análisis. Seguramente tendremos diferencias -las tenemos- entre el Gobierno y la oposición, o por lo menos el Partido Nacional con el Frente Amplio, en la concepción del principio de igualdad, sobre todo en la forma de materializarlo, de implementarlo.

La actual Administración, en nombre de sus principios y de su concepción de la igualdad entre los uruguayos -vamos a entendernos, sin ninguna duda todos abrevamos en él y está incorporado a la mejor identidad nacional; los uruguayos somos esencialmente igualitarios-, con este proyecto y con otros que hemos visto a lo largo de la historia legislativa de las Administraciones del Frente Amplio -reitero- ha demostrado que el fin justifica los medios y que está

dispuesto, si fuera necesario, a barrer con todo, con el derecho, con los derechos adquiridos, con la autonomía de la voluntad de las partes, que es lo que aquí está en juego, porque aquí el Estado no está retirando una concesión sino que está destruyendo algo que hicieron entre los privados, y lo hicieron bien. Por lo tanto, por esa vía está invadiendo una esfera que para mí no tiene derecho a invadir y a inmiscuirse en ella. Y eso seguramente es un tema de discusión jurídica, pero muy probablemente le genere responsabilidad desde el punto de vista de su actividad legislativa. Tal vez este proyecto de ley, en la medida en que se convierta en ley -como lamentablemente todos sabemos que es muy factible que acontezca- ponga al Estado, de cara a reclamos, que serán muchos y muy bien fundamentados, de quienes se vean perjudicados con esta situación, por la responsabilidad y el daño que esto les va a provocar, y el daño se genera por lo menos a partir de la responsabilidad por acto legislativo que el Estado también tiene a la hora de aprobar las leyes.

En esa concepción distinta del principio de igualdad me parece que también lo que demuestra esta actitud gubernativa, y los contenidos de este proyecto, es una suerte de forma esquemática de ver la realidad. Me da la impresión de que desde el Gobierno, la complejidad del mercado de trabajo se reduce a compartimentos estancos y se advierte en varios artículos de este proyecto un corte radical: una cosa son los trabajadores dependientes, otra los trabajadores independientes. Los dependientes siempre son débiles y hay que ir a su rescate y merecen todo el amparo y la protección del Estado. Los independientes son los privilegiados; son a los que les ha ido bien en la vida, los que son prósperos, los que ganan mucho y entonces a ellos les tenemos que aplicar todo el rigor de las acciones del Gobierno para hacer justicia. Sin embargo, en nombre de la justicia se cometen tremendas injusticias, porque ni lo uno es tan cierto ni lo otro es tan verdad. Alcanza con conocer un poquito la realidad y advertir la diversidad que existe en todo esto. Lo señalaba muy bien -yo la quiero invocar-, en nombre de la Asociación de Escribanos del Uruguay, la escribana Ana Ramírez en la Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social. Allí dijo con una enorme elocuencia -leo textualmente la versión taquigráfica-: "Si vinimos a reclamar derechos, lo hicimos en defensa de los escribanos que menos tienen. Muchas veces, se piensa que los escribanos pasan los $ 45.000, pero hay escribanos que no llegan a un mínimo y hay jubilados" -jubilados notariales, por supuesto- "que llegan a recibir $ 6.000. Pensando en esos jubilados, hemos construido un sistema solidario durante años, ayudando al que menos tiene".

Este tipo de circunstancias diversas y de riqueza que la propia realidad ofrece es lo que a mi juicio este Gobierno, con esa visión teórica e ideológica, no ha tenido en cuenta nunca y tampoco en este proyecto de ley. De lo contrario, no se explicaría, por ejemplo, que a los profesionales universitarios se los haga aportar por la facturación real y no por un ficto, como a otros sectores. Siempre se parte de la base de que si los profesionales facturan, tienen que facturar mucho; si no, esconden, y eso tampoco es verdad. Como tampoco es comprensible que se lo pidan a los profesionales que facturan poco porque tal vez recién se han recibido y están haciendo sus primeras armas en la profesión. Todos sabemos cuál es la realidad de nuestro mercado laboral en lo que tiene que ver con los servicios personales y con las actividades profesionales. Hay profesiones que están más que saturadas. Los profesionales no son necesariamente ricos por ser profesionales; todo lo contrario. Y aquí se establece que aquel profesional que factura poco está obligado a completar el aporte hasta llegar al costo promedio, cosa que no se exige a un trabajador dependiente. ¿Por qué? Creo que esto es esencialmente injusto también y repito que parte de un supuesto que en tal caso no surge de la verdad material de las cosas, y ¡vaya si hay que tenerla en cuenta a la hora de legislar!

Una vez cometido el error del año 2007, cuando se aprobó la reforma de la salud -el error, por lo menos, en este aspecto- y transcurrido el tiempo sin que el Gobierno tuviera la previsión de adelantarse a un problema que se venía y generaba esta situación de estar a apenas quince días de que venza el plazo que la ley establece, nos parece que quedaban solo dos caminos. Uno de ellos era eliminar el artículo 69 de la Ley de Reforma de la Salud, lo que hubiera sido, por supuesto, en nuestra perspectiva, la mejor solución. Y si el Gobierno no quiere -obviamente no iba a querer eso-, pues, entonces, que se postergue la solución; démonos tiempo para buscar una solución de verdad y en serio, que en serio implique la alternativa de que las Cajas de Auxilio y los seguros convencionales puedan salvarse.

El Partido Nacional viene insistiendo en esto desde hace tiempo. Por lo menos desde que esta discusión comenzó, los Diputados Trobo, Javier García, Chiesa Bruno y López Villalba han planteado propuestas en esta dirección, así como la Diputada Piñeyrúa, a los efectos de que si no nos ponemos de acuerdo en hacer una excepción o en mantener esta situación, se debería establecer una prórroga para darnos tiempo, repito, y negociar entre todos, porque aquella regla de consenso que tanto se invoca para las relaciones laborales, creo que no hay que exceptuarla a la hora de tratar este tema, porque esto tiene que ver con las relaciones laborales. El Gobierno siempre ha dicho que es indispensable generar acuerdos entre trabajadores y empresarios al definir las reglas de juego en el mercado laboral. Hoy no lo está haciendo; notoriamente no lo está haciendo porque, reitero, aquí no estamos quitando un privilegio sino reconociendo un derecho adquirido y creo que desde ese punto de vista esa solución es bastante atentatoria...

SEÑOR CERSÓSIMO.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR ABDALA.- Sí, señor Diputado.

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Puede interrumpir el señor Diputado.

SEÑOR CERSÓSIMO.- Señor Presidente: simplemente quería dejar una constancia, dado que el señor Diputado ha hecho referencia a la actuación en este tema de distintos partidos que tienen representación parlamentaria. Quería decir que el Partido Colorado ha presentado proyectos al respecto. Concretamente, el señor Diputado Bianchi presentó un proyecto de ley sobre Cajas de Auxilio y quien habla, conjuntamente con otro legislador del Partido Colorado, propuso la solución de la suspensión de la vigencia de los artículos 69 y 70 de la ley a que estamos haciendo referencia, que era una fórmula que creíamos muy conveniente a los efectos de permitir la continuación del diálogo, de las negociaciones, impidiendo la entrada compulsiva al FONASA, por ejemplo, de la Caja Notarial.

Queríamos dejar esa constancia porque el hecho había pasado con seguridad inadvertido para el señor Diputado en uso de la palabra.

Gracias, señor Diputado.

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Puede continuar el señor Diputado Abdala.

SEÑOR ABDALA.- Señor Presidente: el otro nudo temático que contiene este proyecto, y que también nos resulta absolutamente decepcionante, es el ingreso de los pasivos al FONASA. El cronograma que el Gobierno propone es en un todo insuficiente, es injusto -intrínsecamente injusto, lo vamos a demostrar en un rato- y se aparta de las expectativas que el propio Gobierno generó en la campaña electoral. Tengo por aquí recortes de prensa que con mucho gusto podemos exhumar para ver las cosas que decía el hoy Presidente Mujica y, sobre todo, el hoy Vicepresidente Astori. Se hablaba de la incorporación de los pasivos al FONASA, de la gradualidad y punto. Ahora, que esa gradualidad iba a llevar a que los de menores ingresos iban a ingresar dentro de tres años, en la campaña no se dijo. No se dijo en la campaña, ni después de la campaña, ni antes del 1º de marzo. Y después del 1º de marzo, por un buen tiempo tampoco se dijo, hasta que las papas quemaron y llegó el tiempo de pasar al plano de los hechos.

Nosotros forzamos al Ministro de Salud Pública a que se pronunciara sobre esto en la Comisión de Presupuestos integrada con la de Hacienda, cuando compareció a presentar su propuesta presupuestal y todo terminó en esto que, repito, me parece absolutamente insuficiente desde el punto de vista de los antecedentes, aunque más no sea, y de la propia realidad de los pasivos que están esperando entrar.

Creo, señor Presidente -aquí estamos en un ámbito político, así que creo que no debemos tener inconvenientes, sino todo lo contrario, en hacer consideraciones políticas-, que esta actitud del Gobierno se inscribe en un contexto más amplio, que es la escasa o nula preferencia que los jubilados y pensionistas han tenido en las preocupaciones de los Gobiernos del Frente Amplio, del que pasó y del actual. Lo digo con absoluta convicción y podemos mencionar algunas pruebas. Supongo que esto dará lugar a un debate y estamos dispuestos a confrontar ideas. Lo cierto es que esto puede advertirse en el actual nivel de ingresos de los pasivos en el Uruguay. Sabemos que el Gobierno anterior asumió con una herencia muy complicada después de la crisis de 2002, pero el hecho es que hoy más de la mitad de los jubilados ganan menos de 3 Bases de Prestaciones y Contribuciones, menos de $ 6.100 por mes. Me refiero a jubilados y pen-

sionistas. Esto lo podemos ver en otro indicador que es el de las viviendas construidas: 422 en cinco años, en el período pasado. Lo podemos ver en el beneficio de la prima por edad que generó un debate en esta Cámara a fines de 2006; nosotros lo vimos en aquel momento. Y ¡qué curiosidad! La prima por edad fue una solución esencialmente similar a esta del ingreso de los pasivos al FONASA porque fue tan gradual y condicionada que una enorme proporción de los jubilados se quedó sin cobrarla. La prima por edad, que se estableció en la década del sesenta como una partida fija a los jubilados sin condición alguna, en aquel momento se otorgó, por quintas partes, a lo largo de cinco años -lo que se supone, empezó en 2007, o sea que todavía no ha concluido- y siempre y cuando aquellos jubilados vivieran en hogares cuyo núcleo familiar no superara las mismas 3 Bases de Prestaciones y Contribuciones. O sea que fueron tantas condiciones y fue tal la secuencia que se proyectó, que viene a mi memoria aquel debate cuando analizamos el ingreso de los jubilados al Sistema Nacional Integrado de Salud.

El hecho es, señor Presidente -yendo a lo que estamos analizando- que de 403.911 jubilados y pensionistas que tienen vocación de ingresar al FONASA y a los que se les dijo que iban a ingresar, estarán haciéndolo apenas 11.800 el primer año -es menos de un 3%-, en 2011, y otro puñado pequeño en 2012. ¿Por qué? Porque el Gobierno ahora ha combinado nivel de ingresos con nivel de edad. En 2012, por ejemplo, van a ingresar los que ganen menos de 3 BPC -o sea, menos de $ 6.100-, pero que además tengan setenta y cuatro años. O sea que aquel que hoy tenga una jubilación de $ 5.000, pero tenga setenta, setenta y uno o menos años, queda para 2013, con suerte. Y esto no fue lo que se prometió en la campaña electoral, y lo sabemos todos. Lo sabe la ONAJPU, que compareció a la Comisión, y con el tono moderado que todos sabemos que tiene -es una organización por la que todos sentimos simpatía, el Gobierno y nosotros también-, dijo que este cronograma estaba mal y pidió que se adelantara. Además, pidió que se diera una facultad al Poder Ejecutivo para adelantar el cronograma, por lo menos. Dijeron: "Bueno, si no sale en la ley, entonces dejen la facultad al Gobierno para que si después la marcha de la economía permite adelantar este cronograma, podamos negociarlo o movilizarnos para pedir que el ingreso se adelante".

El señor Diputado Posada planteó esto en la discusión en particular y la respuesta del Ministerio de Economía y Finanzas fue un rotundo "No", "No se puede; no hay recursos". Entonces, la promesa estaba, pero no están los recursos.

En cuanto a lo que va a ocurrir en 2011, me parece que también es ilustrativo de la injusticia de la solución: ingresan solo los titulares de jubilaciones por incapacidad total, pero pensionistas por invalidez, no; pensionistas a la vejez, tampoco. Sin embargo, en la exposición de motivos se habla de la vulnerabilidad social, de que el propósito del Gobierno es empezar por aquellos que están en condiciones de mayor vulnerabilidad. Yo me pregunto: un pensionista a la vejez, alguien que tiene una pensión por invalidez -que es la contracara desde el punto de vista del derecho pensionario de la jubilación por incapacidad-, ¿no está en situación de vulnerabilidad? Ese que vaya por el régimen general y que le toque cuando le toque.

Creo que estas consideraciones, que no dejan de ser simplemente una lectura del cronograma que los señores legisladores tienen a estudio, están demostrando de forma clara cuál es el verdadero tenor de la solución.

Prácticamente en la culminación de nuestro informe, considero que esta es una solución insuficiente e injusta para los pasivos. Además, es injusta con los jubilados porque tenían otras expectativas y esperaban una solución diferente, pero es injusta también hacia adentro del propio colectivo de los pasivos del Uruguay, porque hoy hay segmentos muy importantes de jubilados y pensionistas que tienen el beneficio del seguro de salud. Los nuevos jubilados, es decir, aquellos que se están retirando a partir de 2008, ya sea que se jubilen con un ingreso mínimo, o que su haber jubilatorio sea medio, medio alto o alto, están en el FONASA. Pero quienes perciben $ 5.000 -ejemplo que yo puse recién- deben esperar hasta 2013 o, eventualmente, hasta 2014.

Hay ciento cincuenta mil jubilados que optaron por la Ley Nº 16.713 en 1995, que como tenían la cobertura mutual con anterioridad, también se los incorporó; se trata de personas que ganan jubilaciones altas o bajas, y todos ellos están incluidos. Sin embargo, el universo que queda, es decir, los cuatrocientos tres mil de los que yo hablé hace un momento, creo que están recibiendo un tratamiento absolutamente discriminatorio, injusto y muy inconveniente.

(Ocupa la Presidencia la señora Representante Passada)

——Decíamos que el proyecto, a pesar de todo, tiene algún aspecto positivo. El Partido Nacional, si se habilita la discusión en particular, va a recomendar votar los artículos que establecen la devolución de los excedentes de aportes personales cuando estos se verifiquen en función de la cobertura del costo promedio, más el 25%; estamos dispuestos a acompañarlo. De todos modos, queremos reiterar lo que dijimos hace unos momentos: esa solución no es la panacea; no es el cambio cualitativo; no es el cambio de paradigma que el Ministro Olesker poco menos que vino a expresar en la Comisión cuando esto se planteó. Creo que eso fue el dulce que en aquella conferencia de prensa que dieron los señores Ministros de Economía y Finanzas y de Salud Pública quisieron poner por delante para estimular -aquí sí estoy presumiendo, permítaseme, con el mayor de los respetos, cuál fue la actitud; no tengo más remedio que hacerlo porque si no, no sería honesto conmigo mismo-, para edulcorar la solución: "Devolvemos los aportes a los trabajadores cuando estos excedan determinados límites". Después, a medida que esto fue decantando y que la Comisión fue haciendo su análisis, nos dimos cuenta de que no era así. Y el primero que se encargó de demostrarlo, de aclararlo y de desmentirlo fue el propio señor Ministro de Economía y Finanzas quien, después de esa conferencia de prensa y de que viniera a la Comisión el señor Ministro Olesker para presentar el proyecto, públicamente -el señor Ministro Lorenzo es un hombre serio y por lo tanto con más seriedad todavía hay que tomar estas manifestaciones-, dijo que la devolución, en realidad, iba a ser chauchas y palitos; así dijo el Ministro. Y esta devolución va a ser solo para solteros adinerados. Aquel que sea jefe de hogar y que tenga tres hijos a su cargo, prácticamente no va a tener devolución alguna. Ahora bien, al soltero de entre treinta y cuarenta años y además, bien pago, que gana un buen salario, se le va a devolver porque ese sí superará los márgenes que establece la ley.

Nosotros lo vamos a acompañar, pero creo que el tema es discutible. Cuando el PIT-CNT estuvo en la Comisión objetó esta solución, y lo hizo por razones filosóficas. El PIT-CNT dijo: "Acá no hay que devolver nada porque hay que mantener el principio de la solidaridad a cal y canto. Por lo tanto, si se están devolviendo aportes se pierde el componente de la solidaridad". Y yo me pregunto si frente a esa expresión del PIT-CNT -que no comparto como definición filosófica, pero que fue planteada con mucha seriedad y fundamento-, en algún sentido estas expresiones del señor Ministro Lorenzo no le están dando razón.

Por supuesto, estas cosas valen y su alcance depende del resultado que provoquen. Una cosa es que realmente haya devolución y que todos los afiliados al sistema estén en condiciones, en la medida en que cubran los costos por lo del precio justo -como decíamos hace un momento-, de obtener un retorno, y otra cosa es que, por imperio de ese 25% -que, sabemos, obedece a razones actuariales, a la convergencia que habrá de darse en el tiempo, de acuerdo con la expectativa de vida y con los costos; así se nos presentó todo esto-, a fin de año quienes vayan a recibir otro aguinaldo sean los solteros adinerados y solamente ellos, al tenor de las expresiones del propio señor Ministro de Economía y Finanzas.

Por estas razones, el Partido Nacional no va a votar en general este proyecto de ley, sin perjuicio de acompañar en particular las disposiciones que acabamos de señalar.

SEÑOR GANDINI.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR ABDALA.- Sí, señor Diputado.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede interrumpir el señor Diputado.

SEÑOR GANDINI.- Señora Presidenta: quiero evitar hacer uso de la palabra en el momento en que me corresponda.

Coincidiendo con los argumentos que acaba de dar el señor Diputado Abdala, quisiera agregar algunos elementos.

Vamos a votar negativamente, aunque acompañaremos algunos aspectos. Vamos a acompañar este último al que refería el señor Diputado Abdala, que establece una devolución. Pero queremos dejar clara constancia de que cambia la filosofía del FONASA. Hasta hoy vigente el sistema, el FONASA es un IRPF con destino a la salud. Quien gana más -no quien tiene más ingresos-, paga más: si no tiene hijos, el 4,5% de su salario y si los tiene, el 6%, sin importar cuánto gana. Ahora el sistema cambia radicalmente: el que gana más, paga más hasta un tope. Por lo tanto, quien gana mucho, ahora va a pagar menos; va a ser un poco menos solidario. Va a ser solidario hasta

$ 1.660 por mes. Esta es la cifra que nos dio el Ministerio de Economía y Finanzas. La cuota promedio es de $ 1.100 mensuales, más otros conceptos; el Fondo Nacional de Recursos lo lleva a $ 1.330 y el 25% de gastos de administración, lo lleva a $ 1.660. A quien tiene, entonces, una familia y debe cubrir a sus hijos, se le multiplican esos $ 1.660 por su salud y la de sus hijos cubiertos -eventualmente su cónyuge- y si paga más, a fin de año va a obtener una devolución como un aguinaldo, es decir, como quien paga más IRPF.

Esto, que afecta a 20.000 hogares, a unas cuarenta mil personas y que representa unos US$ 20:000.000 de renuncia fiscal es un aspecto interesante. Pero contrariamente a esto que rebaja la solidaridad, se argumenta a favor de la solidaridad el hecho de incorporar a las Cajas de Auxilio y a los seguros de salud, en un concepto que no compartimos y que ya hemos expresado en más de una ocasión, en particular, en el debate de la reforma tributaria. No compartimos que se iguale para abajo. Esta idea de igualar para abajo no hace bien al sistema. ¡Ojalá fuéramos capaces de crear sistemas que igualaran para arriba y que los que estuvieran arriba fueran el modelo para empujar de abajo, para crear una sociedad progresista de verdad, en la que el progreso a partir del esfuerzo fuera la regla imperante en los valores dominantes y no al revés!

No podemos comprender cómo hay Cajas de Auxilio y, particularmente, algún seguro de salud, como el del sector de los escribanos, el seguro notarial de salud, que terminarán pagando más para recibir menos. El seguro de salud de los escribanos es un buen ejemplo: es una creación propia, solidaria, que da buenas prestaciones con un aporte menor al que tendrán que hacer. Hoy, ese sistema da el mismo nivel de salud -de primer nivel, además- al escribano que tiene los mejores honorarios y al último de los empleados de los estudios notariales o de la Caja Notarial; los mismos, más otros beneficios. Y no pagan órdenes ni tiques. Y tienen su propia policlínica. Y no esperan un mes para atenderse. ¡Y lo hacen sin un solo peso del Estado!

Entonces, una vez que hay algo que no pide plata al Estado, que es solidario consigo mismo, que trata a todos por igual, que preserva esos valores tan importantes de la igualdad y de la solidaridad al interior del colectivo, ¡en vez de mirarlo como ejemplo le tiramos una bomba! ¿Por qué no dejarlo afuera? ¿Por qué no tratar desigual a los desiguales, para buscar la igualdad?

(Suena el timbre indicador de tiempo)

——No sé si puedo disponer de algún minuto más, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede continuar el señor Diputado Abdala, a quien le restan 3 minutos de su tiempo.

SEÑOR ABDALA.- Señora Presidenta...

SEÑOR GANDINI.- ¿Me permite otra interrupción?

SEÑOR ABDALA.- Sí, señor Diputado.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede interrumpir el señor Diputado.

SEÑOR GANDINI.- Señora Presidenta: ¿por qué no dejar afuera e, inclusive, tener a estos sistemas cuestionando a los demás, tratando de llegar a ellos? ¿Por qué tenemos que enviar a un sector que construyó su propio modelo el mensaje negativo de que tendrán que pagar más para recibir menos? ¿Por qué desarmamos ese sistema en el cual el que tiene más paga más, sin límite, y en el sistema general al que gana más le ponemos tope, para que sea solidario hasta un punto y no en su totalidad, generando una especie de llamador para que entren en el sistema aquellas Cajas de Auxilio compuestas por trabajadores que, en su mayoría, ganan más allá de este límite, porque van a perder por un lado, pero le van a devolver por el otro?

De esta forma desactivamos a esos sectores y, de paso, como hay que tratar de dar soluciones para todos igual, se lo devolvemos a otros trabajadores que no estaban en conflicto, pero al sector que no estaba incluido en ese régimen y que tenía una solidaridad absoluta lo barremos y lo incorporamos al sistema.

Nosotros no compartimos este tipo de soluciones; no las vamos a acompañar y las vamos a marcar cuando la Cámara trate el seguro notarial, pero lo traigo a colación como parte fundamental del sustento teórico de nuestro argumento para no acompañar esta reforma del FONASA, que va a reposar en una solidaridad general mucho más importante porque, obviamente, el déficit del sistema tendrá que financiarse con solidaridad de los contribuyentes, que deberán pagar más impuestos para absorber el nuevo costo que este sistema genere.

Muchas gracias, señora Presidenta.

Gracias, señor Diputado.

20.- Comisión de Educación y Cultura. (Autorización a reunirse simultáneamente con la Cámara).

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Dese cuenta de una moción presentada por los señores Diputados Arregui, Caram y Garino Gruss.

(Se lee:)

"Mocionamos para que la Cámara autorice a la Comisión de Educación y Cultura, mañana miércoles 15 a la hora 10, a reunirse para recibir al Consejo de Educación Inicial y Primaria y al señor Fiscal de Corte, Rafael Ubiría".

——Se va a votar.

(Se vota)

——Cincuenta y nueve en sesenta y uno: AFIRMATIVA.

21.- Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios).

Continúa la consideración del asunto en debate.

SEÑOR VEGA LLANES.- Pido la palabra para una cuestión reglamentaria.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR VEGA LLANES.- Señora Presidenta: hubo una intervención de un Diputado -no capté de quién fue- acerca del artículo 104 del Reglamento de la Cámara y, en realidad, lo que esta norma no permite es que se vote cuando uno está vinculado con algunas cuestiones de interés individual.

Como algún otro Diputado, integro la Caja de Auxilio de los médicos del interior y hay otros colegas que forman parte de otras Cajas de Auxilio, pero la cuestión es que a todos los Diputados nos van a hacer la devolución.

La pregunta reglamentaria es cómo hacemos para encarar esto, porque todos estamos involucrados en un tema que podría ser interpretado como de interés individual. Más allá de eso, según lo que voy a votar, el interés individual es menor.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- En su momento, un Diputado manifestó su voluntad de retirarse en virtud de su interpretación de la norma reglamentaria; cada uno asume su posición. En otro tipo de proyectos que podemos tratar -por ejemplo, relativo a alquileres- también es posible que estemos directamente afectados.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Pido la palabra para una cuestión reglamentaria.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Señora Presidenta: mientras me quede en Sala acompañaré la posición contraria al proyecto que tiene mi bancada, y aunque no soy beneficiario directo de la Caja de Auxilio, puedo estar comprendido en lo dispuesto por el artículo 104 en virtud de que soy beneficiario indirecto a través de mi señora esposa.

Por lo tanto, comunico a la Cámara que en el momento de la votación voy a retirarme.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Continuando con la lista de oradores, tiene la palabra el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR BIANCHI.- Señor Presidente: de acuerdo con lo establecido por el mencionado artículo del Reglamento, voy a informar sobre la posición del Partido Colorado, pero tampoco votaré, porque soy beneficiario de la Caja de Auxilio de los médicos del interior.

El Partido Colorado recomienda a la Cámara el rechazo al proyecto de ley que modifica el Sistema Nacional Integrado de Salud, regulado por la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Como sus representantes, primero propusimos la derogación del artículo 69 de esa Ley. Luego presentamos, como cofirmantes, un proyecto de ley alternativo, que recoge la propuesta del Plenario de Cajas de Auxilio y Seguros de Enfermedad, que incluye de manera racional a las Cajas de Auxilio dentro del Sistema, permitiendo la integración de todos los trabajadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. Finalmente, intentamos la postergación de la entrada en vigencia del mencionado artículo, sin éxito.

Respecto a las Cajas de Auxilio hay que destacar que en la actualidad se encuentran en funcionamiento aproximadamente sesenta, agrupadas en distintas ramas de actividad -empresas lácteas, empresas texti-

les, instituciones médicas, empresas papeleras, tabacaleras, curtiembres, etcétera-, las que decidieron adoptar este sistema -en algunos casos hace décadas-, para cubrir las necesidades sanitarias de sus trabajadores, logrando excelentes resultados y beneficiando directamente a alrededor de ochenta mil uruguayos. A través del aporte de los propios trabajadores y del aporte patronal, las Cajas de Auxilio no solo pagan el costo de la sociedad médica de sus beneficiarios, sino que además incluyen en el paquete distintos tipos de ayudas adicionales como lentes, servicio odontológico, prótesis quirúrgicas, prótesis externas, sillas de ruedas, audífonos, ayudas para pacientes colostomizados y urostomizados, para pacientes con apneas, primas por fallecimiento y, lo más importante, un subsidio por enfermedad que en la mayoría de los casos llega a cubrir el 100% del salario del trabajador.

Además, las Cajas de Auxilio extendieron sus prestaciones y tienen, entre otras obligaciones, la de brindar asistencia de seguridad social; todo ello sin contar con ningún aporte del Estado.

En caso de prosperar la intención del Gobierno de concretar a partir del próximo 1° de enero de 2011 el pasaje de los usuarios de las Cajas de Auxilio al Fondo Nacional de Salud, los beneficiarios de las Cajas mantendrán la asistencia en la mutualista que elijan, pero perderán todos los beneficios adicionales, entre ellos, el subsidio por enfermedad.

El proyecto de ley oficialista contempla la permanencia de las Cajas y sus beneficios, pero obliga a trabajadores y empresas a hacer aportes extras, es decir, a gastar más dinero para tener las mismas prestaciones que en la actualidad lo que, en definitiva, es hacer desaparecer las Cajas de Auxilio.

La iniciativa del oficialismo prevé ahora, además de la integración de las Cajas de Auxilio al FONASA, la incorporación de los jubilados y pensionistas que aún no tienen este derecho al sistema. Si bien la idea general es compartida por el Partido Colorado, este entiende que la propuesta no es justa y, además, es insuficiente. Nuestro Partido entiende que el cronograma propuesto con vistas a lograr la incorporación de los pasivos en forma gradual al sistema es demasiado extenso para una franja etaria que de lo que menos dispone es de tiempo. En consecuencia, dicho cronograma -de manera especial para aquellos pasivos cuyos ingresos son más bajos- atentaría contra la propia meta establecida. De un total de 403.000 pasivos, el ingreso al FONASA estaría dado en julio de 2011, según el proyecto oficialista, para los jubilados con incapacidad total, poco más de 11.000 pasivos -apenas un 3%-, dejando fuera a los pensionistas por vejez e invalidez.

Los jubilados y pensionistas con menores ingresos estarían condicionados a una serie de factores -setenta y cuatro años de edad y una percepción de menos de tres BPC- para acceder al sistema recién a partir de julio de 2012. Pero la proyección gubernamental revela que la incorporación se concretará finalmente en julio de 2016.

Todo esto es injusto, máxime teniendo en cuenta que los nuevos pasivos accederán directamente al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por todo esto, el Partido Colorado sugiere a esta Cámara rechazar este proyecto de ley.

SEÑORA MONTANER.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR BIANCHI.- Sí, señora Diputada.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede interrumpir la señora Diputada.

SEÑORA MONTANER.- Señora Presidenta: nosotros no podemos retirarnos de este recinto parlamentario sin dejar sentada nuestra posición como legisladores.

Sinceramente, creo que al votar la aplicación del artículo 69 de la Ley N° 18.211 de 2007, estamos cometiendo un acto de una tremenda injusticia social.

Creo que el ánimo de todo legislador es el de realizar aportes a la sociedad para superar dificultades y para que el Estado pueda llevar a cabo una cobertura importante y eficiente hacia los sectores de vulnerabilidad.

Yo no puedo levantar la mano para despojar a los usuarios de estos servicios de derechos adquiridos. Se trata de una herramienta social, de un intrincamiento social que se acordó entre patrones y obreros. Esto se gestó hace muchos años, con un clima de concordancia y acuerdo.

Hemos escuchado a este Gobierno hablar de negociación colectiva y de acuerdos, y estas Cajas de Auxilio o seguros convencionales, que en su mayoría han marchado satisfactoriamente -sobre todo en el entramado y la asistencia social de sus trabajadores y

empleados-, hoy serán condenadas a muerte si levantamos la mano para aprobar el proyecto de ley del Poder Ejecutivo, a través del cual los usuarios de estas Cajas pasarán a formar parte del Fondo Nacional de Salud.

Nosotros creemos que no se trata de un tema ideológico, ni de derecha, de izquierda o de centro; tampoco es un tema de socialismo ni de neoliberalismo, se trata de un tema de justicia, de respetar los derechos adquiridos de los usuarios de las Cajas, y sin conflictos sociales.

Mire usted, señora Presidenta, este es el tema que quería dejar planteado, porque parecería que tenemos que estar frente a una escalada de conflictividad social para atender los reclamos. Y muchas veces la población se siente rehén de estas situaciones. Luego se da el debate acerca de si son los de la ultra derecha o los de izquierda radical los que están complicando los servicios asistenciales y esenciales que nos permiten tener un desempeño social.

Y el debate acá pasa por poner como ejemplo a estas Cajas de Auxilio y cómo elaboraron un acuerdo en paz entre patronales y trabajadores. Las empresas aportan el 15% del salario nominal del trabajador y los trabajadores el 3%. De esta manera admirable se obtienen los recursos necesarios para brindar el subsidio por enfermedad. Por lo tanto, cuando estos trabajadores están enfermos tienen la tranquilidad de que recibirán casi el 100% de su salario. ¡Poca cosa le estamos quitando hoy a quienes elaboraron esto y llegaron a un acuerdo! ¡En poca cosa estamos metiendo la mano hoy! Los usuarios de estas Cajas estaban tranquilos, no pedían nada ni protestaban para obtener recursos estatales, de Rentas Generales, del Erario, ni venían a agitar durante el tratamiento del Presupuesto. No hicieron nada de eso, pero hoy vamos a levantar la mano para sacarles este beneficio.

Creo que estamos cometiendo una injusticia tremenda. ¿Acaso acá hay que gritar o protestar para que se preserven los derechos adquiridos? ¡Mal ejemplo estamos dando en esta Cámara si es así!

Las Cajas de Auxilio o los seguros convencionales, institucionalmente se crearon alrededor de 1974 a través de un decreto, pero no importa ni dónde ni cuándo si han funcionado.

Creo que estamos cometiendo muchísimos agravios a las ramas de actividades -empleados y patrones- que se mueven sin estar regulados por el Estado, que prescinden de sus servicios para que este pueda mirar a otros sectores que sí necesitan de su ayuda y aun así padecen injusticias severas. Me refiero, por ejemplo, a los jubilados, mencionados por el señor Diputado Abdala. ¿Cuántos jubilados hay que no llegan a cobrar tres Bases de Prestaciones Contributivas? Eso es una injusticia social, pero no esto.

Pregunto si tenemos que desorganizar este sistema porque es privado y no público. Estas Cajas amparan muchas ramas porque, como dijo el señor Diputado Bianchi, distintas empresas como CONAPROLE, FANAPEL, Azucarlito, así como los diarieros, forman parte de alguna de ellas. Por lo tanto, podemos decir que no hay distingos, sino lo que se consigue es con el esfuerzo personal, con el acuerdo entre patrones, empresarios y trabajadores en un clima de concordia -que hoy estamos poniendo como ejemplo-, y que brinda una protección social.

(Suena el timbre indicador de tiempo)

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).-. Ha finalizado su tiempo, señora Diputada.

SEÑORA MONTANER.- Solo quiero decir que me quedaría en un estado de intranquilidad de conciencia si votara este proyecto para despojar a los usuarios de estas Cajas de los derechos adquiridos, que fueron alcanzados pacíficamente, en concordia...

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Ha finalizado su tiempo, señora Diputada.

Puede continuar el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR BIANCHI.- Señora Presidenta...

SEÑOR SANDER.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR BIANCHI.- Sí, señor Diputado.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede interrumpir el señor Diputado.

SEÑOR SANDER.- Señora Presidenta: como decía el señor Diputado Bianchi, no vamos a votar este proyecto. Creemos que el tema debió ser discutido por más tiempo a fin de buscar una mejor solución.

Miramos mucho la cantidad y no la calidad. Nos dijeron que el proyecto de salud iba a igualar los hospitales a las mutualistas, ¡y vaya si estamos lejos de eso! Ya lo decíamos en la discusión de la Rendición de Cuentas, allá por agosto, y en la del Presupuesto Na-

cional, en octubre. Estamos muy lejos. Faltan muchas cosas en los hospitales, y esa diferencia se refleja en las palabras del propio Presidente de la República, que dice que va a declarar estado de emergencia sanitaria porque en los hospitales del área metropolitana hay algo así como 4.000 operaciones atrasadas en virtud de que faltan anestesistas.

El 15 de junio, cuando ingresamos a esta Cámara, planteamos nuestra preocupación por lo que sucedía en Rivera. El Hospital departamental tenía un atraso de 800 operaciones de coordinación, es decir, de casi dos años. ¡Dos años de atraso! Esto también se lo dijimos al Presidente de ASSE cuando estuvo en la Comisión de Hacienda, y recibimos la respuesta el 11 de noviembre de 2010. Dice: "[...] Dicha situación se reitera en varios Departamentos y Hospitales del país en virtud de ser un posgrado con poca oferta de egresados, problemática a plantear a la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina y se forma la concentración de dichos profesionales en la ciudad de Montevideo, en dicho hospital la demanda insatisfecha de anestesistas empeoró por la renuncia del Dr. Hugo Difilippo y luego por el fallecimiento del Dr. Eula". Lamentablemente, el miércoles pasado falleció en Rivera el doctor Difilippo; o sea que este año hay dos anestesistas menos en el departamento.

Señora Presidenta: en estas cosas no se puede improvisar. Si en el área metropolitana tenemos cuatro mil pacientes por operar, es muy grave, pero si en Rivera, que tiene ciento diez mil habitantes, había ochocientos pacientes sin operar, la situación también es bastante grave y hasta el día de hoy no tenemos respuesta.

En el interior vemos que la salud privada sigue creciendo. Se invierte en edificios, en tecnología, pero lamentablemente vemos que nuestros hospitales no van en la misma dirección. Por eso, solicitamos la instalación en el Hospital de Rivera de un CTI y de un tomógrafo, que son esenciales para que esa institución esté en las mismas condiciones que las demás y para que no haya ciudadanos clase "A" y clase "B".

El Presupuesto Nacional incluye inversiones para dos hospitales en especial: el Pasteur y el CENAQUE del Hospital de Libertad. No vemos más nada. Cuando hablamos de igualdad, tenemos que igualar para arriba, como decía bien un señor Diputado, no para abajo. Por eso, no se debe tocar lo que funciona bien, lo que funciona correctamente y, además, no tiene subsidios del Estado. Debemos seguir trabajando.

El otro día un Diputado del partido de Gobierno, en la Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, decía que los jubilados ya tenían cobertura. Entonces, yo pregunto por qué no se gastan esos más de US$ 200:000.000 en mejorar los hospitales de todo el país, para dar una mejor atención a todos los uruguayos y que tengan las mismas condiciones, así los que se asisten en mutualistas, así los que lo hacen en los hospitales.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede continuar el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR BIANCHI.- Señora Presidenta...

SEÑOR GARCÍA (don Mario).- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR BIANCHI.- Sí, señor Diputado.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede interrumpir el señor Diputado.

SEÑOR GARCÍA (don Mario).- Señora Presidenta: por esta vía vamos a intervenir en forma breve, en virtud de que ha sido profusa la opinión que hemos dado sobre estos temas y corresponde que lo hagan los compañeros que han sido designados miembros informantes. Además, coincido con el informe que ha hecho, en nombre de nuestro Partido, el compañero Diputado Abdala.

Hay que decir las cosas como son y no vestir con adjetivos lo que en verdad esconde otro tipo de argumentos. La propuesta que hace el Poder Ejecutivo no es por solidaridad; es por plata. Acá no se está eliminando el sistema de seguros convencionales y Cajas de Auxilio -en definitiva, es lo que se está haciendo- por el bien universal de la solidaridad. Esto se hace por US$ 45:000.000. Vamos a poner nombre y cifras a las cosas porque, si no, no se entienden. El propio Ministro de Salud Pública, economista Olesker, lo dijo el 11 de mayo de este año en la Sala 7 del Edificio Anexo. Entonces, como dicen los abogados, a confesión de parte, relevo de prueba.

Esto se llama US$ 45:000.000. ¿Por qué el Poder Ejecutivo tiene necesidad de esta plata? Debe financiar lo que no tiene financiamiento y que prometió incluir en el FONASA. Los colectivos que ingresaron este

año en cumplimiento de promesas políticas, lo hicieron sin que hubiera dinero para su financiamiento. Entonces, como no tienen dinero para financiar esto, salieron a los manotazos a buscar dinero de lugares como los seguros convencionales y las Cajas de Auxilio, que recaudan los aportes que la ley les habilita y administran bien lo que otros administran mal. Es tan sencillo como eso.

La pregunta es: ¿es espurio? ¿Hay alguna cosa extraña, oscura, que hace que alguien, administrando los mismos porcentajes que otros, con los mismos aportes de 3% y 5%, según sean obreros o patrones, pueda dar lo que la ley establece, que es un seguro integral, y aparte, cobertura oftalmológica, lentes, prótesis y algunas cosas más? ¿Esta gente saca plata de lugares indebidos? No; agarran los mismos aportes que hacen obreros y patrones que terminan en una bolsa llamada Estado, pero los administran bien, con eficiencia, con eficacia, y eso les permite dar más que otros. ¿Eso es pecado? No; eso habría que aplaudirlo. Habría que preguntarles cómo hacen para administrar lo mismo que otros dando mucho más.

Entonces, no hay que vestir de argumentos "for export" lo que, en definitiva, es tan terrenal como que aquí hay una bolsa de dinero que necesito y por lo tanto te la voy a sacar. Esa bolsa tiene US$ 45:000.000. Eso se dijo el 11 de mayo de este año.

Lo otro también es un palazo regular a un sistema de administración y de gestión de los dineros públicos que no merece ser dado porque termina con un sistema de autogestión que debería ser copiado o, por lo menos, estudiado por aquellos que creen que se puede administrar desde una oficina central lo que otros administran muy bien desde la descentralización y la gestión propia, que se da con una característica muy particular, que es la del acuerdo y el convenio entre el empleador y el empleado.

Esto responde a la tesis, a esa mentalidad, a esa forma de pensar con cierto grado de ideología que se basa en que no hay forma mejor de administrar los fondos públicos -no estatales, y los del FONASA tampoco lo son, sino que se trata de aportes que hacen los trabajadores y los empleadores- que desde lo central y terminando con aquellas instituciones que han demostrado, la inmensa mayoría de las veces, que se puede administrar mejor en forma descentralizada, cuando el que aporta y el que recibe aportes están al lado de la caja que recauda, y no muy lejos y sin conocer a quien administra, como suele suceder en el Estado.

Agradezco al señor Diputado Bianchi que me haya concedido una interrupción.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede continuar el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR BIANCHI.- Señora Presidenta...

SEÑOR BAYARDI.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR BIANCHI.- Sí, señor Diputado.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede interrumpir el señor Diputado.

SEÑOR BAYARDI.- Señora Presidenta: yo no necesito confesión de parte para el relevo de prueba. En realidad, es por plata. Yo no sé quién de mi bancada pudo haber dicho que no es por plata. Es por plata, porque este tema no es ajeno a la solidaridad.

Cuando los españoles e italianos bajaron de los barcos en el siglo XIX y generaron el proceso de mutualidad en el Uruguay, lo hicieron en forma solidaria y definieron que cada uno de los que quedaran suscritos a las mutualidades iba a aportar un jornal, sin importar su valor. Lo que importaba era que para extender la cobertura de las eventualidades en salud, se aportara un jornal. Este jornal podía ser de un peso oro de la época o de un vintén. Quiere decir que todos aportaban en función de la capacidad contributiva a la extensión de los riesgos de cobertura. El sistema fue creado de esta manera; fue creado con el aporte que pudieran hacer en función de su capacidad los que contribuyeran al financiamiento del sistema.

Entonces, cuando uno obtiene un porcentaje del financiamiento de ingresos en las áreas de ingresos más altos, obviamente está aportando un porcentaje mayor, no para cubrir el riesgo de los suyos solamente, sino para cubrir el riesgo del conjunto, que podrá haber sido una mutualidad en el siglo XIX y en gran parte del siglo XX o podrá ser, como se pretende ahora, la extensión de la cobertura al conjunto de la sociedad. Que sea por plata para financiar el sistema no quiere decir que la solidaridad no esté encerrada en la capacidad contributiva. No entiendo qué estamos discutiendo cuando hablamos de si es por plata y si la plata se enfrenta con el principio de la solidaridad, a los efectos de la extensión de la cobertura al mayor conjunto de colectivos que se pueda.

Quisiera alejar ese tema de la discusión y aceptar el desafío, sin que implique nada más que la confesión de parte, de mi parte, de que es por plata para financiar en forma más solidaria, de acuerdo con la capacidad contributiva, la extensión de la cobertura a los que por sí y ante sí, por el nivel de ingresos que tienen, no pueden cubrirla. La plata siempre sale de todos nosotros; la plata no se inventa, sale de nosotros. Y si sale de nosotros, la solidaridad está dada en contribuir a un riesgo. En este caso, es el riesgo de las eventualidades de salud en función de la capacidad que se tenga de contribuir.

Gracias, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede continuar el señor Diputado Bianchi.

SEÑOR BIANCHI.- He finalizado, señora Presidenta.

SEÑOR RADÍO.- Pido la palabra.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR RADÍO.- Señora Presidenta: en aplicación del literal M) del artículo 104 del Reglamento, declaro mi vinculación con este tema de interés general.

El Partido Independiente ha decidido acompañar en general este proyecto de ley con algunas salvedades que vamos a expresar a continuación. Ya que en este debate que se ha dado por la vía de la interrupción, cuando todavía no hemos hecho uso de la palabra los representantes de todos los partidos, ha estado presente el tema del sistema notarial de salud, me voy a permitir adelantar que no vamos a acompañar el proyecto de ley que pretende suprimirlo.

El proyecto de ley que tenemos a consideración comprende cuatro aspectos. Por un lado, define un cronograma de incorporación al Seguro Nacional de Salud de los pasivos que aún no se han incorporado, que se completaría hacia el año 2016. Por otro lado, introduce modificaciones sustanciales en la manera en que se realizan los aportes personales al FONASA. En tercer lugar, habilita la eventual constitución de nuevos seguros convencionales o Cajas de Auxilio y posibilita la continuidad de las que ya existen. En cuarto término, mantiene el amparo del Seguro Nacional de Salud para los menores y las personas con discapacidad por un período de doce meses, aun cuando el aporte que lo ha generado haya cesado. Por último, contiene un capítulo de consideraciones finales.

Me voy a centrar, en primer lugar, en las modificaciones al modelo de aportes al sistema. El Capítulo II del presente proyecto de ley modifica sustancialmente el modelo de aportes para el financiamiento del sistema tal como estaba concebido. Las contribuciones que los ciudadanos a partir de ahora hacen al FONASA ya no seguirán, contrariamente a lo que se ha manifestado, un modelo de solidaridad grupal. Estamos frente a un nuevo modelo de aportes topeados individualmente, hasta el monto de los beneficios que percibe cada usuario. Entonces, estamos frente a un cambio sustantivo de la filosofía que inspiraba el modelo tal como estaba establecido en la Ley Nº 18.211. Inclusive, el Poder Ejecutivo ha argumentado que se propone eliminar el componente impositivo. Tanto es así que se ha dicho que no puede haber una doble imposición. Es decir que se elimina el componente impositivo que estaba implícito en los aportes personales establecido en la Ley Nº 18.211.

Esto nos lleva a preguntarnos por qué. ¿Por qué la urgencia en ingresar a los afiliados a las Cajas de Auxilio, aunque sea una pérdida para el Estado? Esto hay que decirlo de forma contundente: los afiliados con sueldos altos solo aportarán hasta el pago de sus cuotas promedio más un 25%, o sea, que aportarán menos de lo que aportan hoy a las cajas. Los afiliados a las Cajas de Auxilio que ganan menos, serán subsidiados por el Estado, ya que sus alícuotas no cubren las cuotas promedio suyas y de sus familiares. ¿Por qué entonces la urgencia de ingresar a los afiliados a las Cajas de Auxilio aunque sea una pérdida para el Estado? ¿Por qué no se ha insistido para esa urgencia, por ejemplo, con otros colectivos? ¿Por qué apurar el ingreso de un colectivo que atendía a sus beneficiarios con sus propios recursos? ¿Por qué, cuando nosotros planteamos este tema y buscamos soluciones concretas y especificas, se nos dio respuestas de índole filosófico, abstractas?

En el debate se apeló a dos conceptos: la universalidad y la solidaridad. Nosotros ya hemos dicho que este es un país en el que todos somos iguales, pero hay muchos que son más iguales que otros. El concepto de universalidad que se apuró para los trabajadores que estaban implicados en las Cajas de Auxilio, no se apura para otros trabajadores del país. Preguntamos expresamente al señor Ministro en su comparecencia a la Comisión para cuándo estaba prevista la incorporación de los empleados municipales. Él respondió que no estaba previsto ningún cronograma.

Solo respondió con una frase: "No hay previsto ningún cronograma". Es decir que no se incluye a los empleados municipales del país, y esto es sin plazo. En una sesión anterior decía que me gustaría escuchar la razón de por qué no se incorpora a los trabajadores municipales de este país al FONASA. ¿Cuál es la regla general? ¿Es la ponderación del poder político relativo de cada quien?

La incorporación al FONASA incluye a todos los funcionarios públicos, que son unos doscientos cincuenta mil. Pero, como decía recién, algunos son más iguales que otros, porque a algunos les aseguran coberturas mayores que al común de los mortales. A cargo del FONASA se financia la asistencia médica individual y la de los hijos menores, pero a cargo de Rentas Generales el subsidio por enfermedad es un 100% salarial sin límites. Es curiosa la equidad que se invoca.

Además, está el tema de la solidaridad, al que ya nos hemos referido. No entendemos por qué. ¿Por qué cuando el Uruguay se debate en el abismo insondable del desgobierno procedente de un aumento de la conflictividad gremial desconocido, donde hay conflictos que también son más iguales que otros -porque hay conflictos que se realizan en estrecha supervisión, en consulta permanente con los recaudadores de votos del oficialismo-, se sale a asustar a algunos con declaraciones de esencialidad? ¿Por qué en este país vivimos cosas absolutamente inéditas como la aparición orquestada de pintadas anónimas en contra de algunos gremios que estaban peleando por las Cajas de Auxilio, pintadas con un tufillo fascista, que apestan por los cuatro costados? ¿Por qué toleramos agresiones a representantes gremiales que se iban a reunir con el Gobierno para negociar por las Cajas de Auxilio, invocando supuestas asociaciones de usuarios que después no se invocaban? Ese es el clima que nos tocó vivir a los que peleamos todos los días por las Cajas de Auxilio. No entendemos por qué.

Ahora, los ingresos van a ser menores a los famosos US$ 45:000.000 que se calculaban, a los que hizo referencia el señor Diputado Mario García. Además, los gastos del Estado van a ser mayores. El señor Diputado Gandini dijo que seguramente va a haber aproximadamente US$ 20:000.000 de renuncia fiscal. ¿Por qué el apuro? ¿Por qué nos metieron el peso con este tema? No existía esta urgencia de ingreso para mejorar la recaudación del FONASA en US$ 45:000.000, porque en realidad la filosofía del sistema cambia y, ahora, el aporte de los afiliados de las Cajas con ingresos más altos -llamados "privilegiados", en muchas ocasiones- dejó de ser el meollo del asunto.

Queremos decir que, como es de conocimiento de este Cuerpo, nosotros habíamos hecho nuestro el proyecto que fue elaborado por la Mesa Coordinadora del Plenario de Cajas de Auxilio, que contenía soluciones muy superiores, mucho mejores que las que hoy se plantean. Por supuesto que allí se garantizaba la viabilidad de las Cajas de Auxilio; por supuesto que allí se garantizaba la integración al FONASA de los trabajadores comprendidos en las Cajas de Auxilio; por supuesto que se garantizaba un aporte por encima del que se venía haciendo, solidario con el resto de la sociedad, en función de la capacidad contributiva de los trabajadores en ellas comprendidos, pero además se garantizaba la supervivencia de la impronta solidaria que había caracterizado a las Cajas de Auxilio, experiencias de cogestión dignas de ser imitadas y exhibidas con orgullo, en lugar de ser suprimidas o aceptadas con resignación.

El proyecto que habíamos propuesto a esta Cámara mantenía la más pura solidaridad contributiva; allí sí cada afiliado aportaba en relación a sus ingresos y recibía beneficios en función de sus necesidades. Eso estaba escrito negro sobre blanco en el proyecto. Sin embargo, ahora, a los que ganan mucho, les vamos a devolver plata -¡insólito!-, en aras de la solidaridad. ¡Esa es la verdad y está escrito en el proyecto que hoy vamos a votar: a los que ganan mucho, les vamos a devolver plata! Van a pagar menos que lo que pagaban por las Cajas de Auxilio.

La verdad es una cuestión de realismo político. Esta pelea la venimos dando desde hace muchos meses -lo saben todos en esta Cámara-, enfrentando en muchas ocasiones y siendo enfrentados con mucha lealtad, por representantes del Gobierno, pero no es hoy que vamos a dar la pelea. En realidad, hay muchos que hoy vienen a hacer un discurso, pero la pelea había que darla todos los días, en la cancha; la pelea no consistía en hacer discursos el día en que el proyecto se votara. Si hoy no se aprueba este proyecto de ley, inexorablemente las Cajas de Auxilio desaparecerán. Entonces, es una cuestión de realismo político. Entendemos que, en realidad, es preferible eso al mantenimiento del régimen vigente y a la apli-

cación estricta, lisa y llana del artículo 69 de la Ley Nº 18.211, que determina que todos los aportes que los trabajadores hoy están haciendo a las Cajas de Auxilio pasan al FONASA, automáticamente, el 1º de enero de 2011, con lo que el tema se liquidaría.

Más allá de expresar nuestro voto afirmativo a este proyecto de ley, tenemos algunas disconformidades. La primera de ellas es que nos parece que el contenido de un convenio colectivo no debería estar supeditado a la intervención de terceros, en este caso, del Poder Ejecutivo, para respetar el derecho a la autonomía colectiva y la aplicación estricta del artículo 8º del Convenio Nº 154 de la OIT, que establece que las medidas previstas con el objetivo de fomentar la negociación colectiva no deberán ser concebidas o aplicadas de modo que obstaculicen la libertad de negociación colectiva. Más aún: el artículo 2º de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, establece que, en ejercicio de la autonomía colectiva, los empleadores o las organizaciones de empleadores, por una parte, y una o varias organizaciones de trabajadores, por otra, tienen derecho a adoptar acuerdos libremente sobre las condiciones de trabajo y empleo y a regular recíprocamente sus relaciones.

En ese sentido, el proyecto en consideración establece limitaciones que debieron ser removidas en la discusión y en particular determina una limitación de objeto. Se establece que el convenio colectivo deberá limitarse a prestaciones sanitarias y subsidios, por lo que la ley representará una dificultad para la eventual incorporación de otras prestaciones que pudieran acordarse por convenio.

La otra limitante que nos parece sustantiva consiste en el establecimiento de un requisito previo: el estudio técnico que demuestre la viabilidad financiera del seguro convencional. Nosotros señalamos que no estamos de acuerdo con eso, entre otros motivos, porque estos seguros convencionales ya están funcionando. Tal vez, esto podría ser aplicable a nuevas Cajas de Auxilio que se quisieran formar, pero no sobre los seguros convencionales y las Cajas de Auxilio que ya están funcionando, que, de hecho, están siendo controladas por el Banco de Previsión Social. Entonces, vamos a entrar en un período de transición en el que los recursos van a ir variando, así como las formas en las que se aporta. Nosotros vamos a exigir que previamente se presente un recurso de viabilidad financiera, cuando ni siquiera se va a saber muy bien cómo van a ser los aportes y los ingresos que tendrán las Cajas y cuáles van a ser las nuevas prestaciones que se darán, que en este caso serán complementarias a las que brinda el FONASA.

Además, el proyecto de ley establece la posibilidad de destinar el excedente de los aportes, la diferencia entre los aportes y lo que el trabajador y su núcleo familiar habrían recibido, al financiamiento de las Cajas de Auxilio y propone promover los acuerdos que permitan financiarlas. Pero promover no puede ser declarativo. Los aportes que los trabajadores deciden realizar deberían tener algún estímulo para que realmente se efectivicen, si nosotros entendemos, como dice la letra del proyecto de ley, que el Estado debería promover que estos aportes se destinen a las Cajas de Auxilio. Para ello, esos aportes deberían haber tenido un tratamiento tributario especial, similar a los aportes que se hacen al FONASA, por ejemplo, o a las Cajas de Auxilio existentes actualmente. Eso no está dicho a texto expreso en el proyecto de ley que tenemos a consideración.

Por supuesto, no tenemos ningún reparo con la continuidad por un período de doce meses del amparo del Seguro Nacional de Salud para las personas menores o con discapacidad; nos parece saludable.

Otra razón por la cual vamos a votar afirmativamente este proyecto de ley es porque de esta forma terminan de incorporarse al Seguro Nacional de Salud los pasivos, aunque coincidimos con algunas expresiones que se han vertido en Sala, particularmente del señor Diputado Abdala, en el sentido de que el cronograma que se presenta es absolutamente dilatado, ya que las últimas incorporaciones corresponden al año 2016.

Quiero manifestar, señora Presidenta, que nosotros hicimos el intento -como se señaló en Sala- de facultar al Poder Ejecutivo -no de imponer- a adelantar ese cronograma, pero se cerraron las puertas; no hubo posibilidades de modificarlo. Se pretendía facultar al Poder Ejecutivo a que, si cambiaban ciertas condiciones, adelantara el cronograma. Pero no tuvimos eco.

Básicamente, esas son las razones que quería exponer.

Gracias, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Tiene la palabra la señora Diputada Sanseverino.

SEÑORA SANSEVERINO.- Señora Presidenta: como integrante de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, quiero resaltar que durante estos meses hemos mantenido un diálogo fecundo y respetuoso con los distintos actores relacionados con el proyecto de ley que vamos a votar. Nada de lo que se ha dicho en Sala con relación a agresiones ha estado presente en nuestro fraterno trabajo de intercambio, en el que se ha entendido las lógicas de lo que se estaba presentando. Asimismo, en esta oportunidad, con el proyecto que presentamos y con la exposición de motivos se ha dicho cuáles son las grandes líneas estratégicas que nos guían para aprobar este proyecto, que fuera informado por el compañero Diputado Bernini.

Creo que aquí -lo han dicho algunos parlamentarios y yo lo quiero repetir- hay un tema político y filosófico que trasunta la decisión que se toma a través de este proyecto de ley y que tiene que ver con ese nuevo paradigma en el que la izquierda, nuestro Gobierno progresista, insiste y trabaja para proyectar en la sociedad en su conjunto. Esto es ni más ni menos que reforzar las políticas universales y, en la salud, considerar que a la mejor salud tienen derecho todas y todos los ciudadanos del territorio. Ese es el meollo de lo que debemos trabajar. En este sentido, el rol del Gobierno y de los parlamentarios es hacer posible la construcción de una nueva solidaridad que no destruya las solidaridades de los colectivos particulares sino que integre a toda la sociedad, a toda la población.

Hablar de políticas universales es hablar de ellos y no de igualar para abajo. En este sentido, siempre pongo el ejemplo de lo que sucedió con el Plan de Emergencia. Cuando muchísimos ciudadanos -miles de ciudadanos- estaban ciegos o tenían bajísima visión por problemas de cataratas u otras enfermedades oculares, hubo que salir con un plan de emergencia a resolver esa situación. La solución era que el sistema de salud público se hiciera cargo de la salud ocular de todos los ciudadanos y todas las ciudadanas que no tenían US$ 1.400 o US$ 1.600 para operarse. Eso fue mejorar los derechos humanos de los más desposeídos, que tienen tantos derechos humanos, tanto derecho a la dignidad de una vida con valores y con respeto como todos y todas. Entonces, se creó un Hospital de Ojos que hasta hoy ha operado a muchísimas personas; yo ya perdí la cuenta, quizás algún compañero sepa cuántas son. Cuando se hizo la operación número 20.000, vimos a un señor de setenta y cuatro años agradeciendo por tener derecho a ese servicio.

Todas y todos debemos hacer el mayor esfuerzo. Uruguay cuenta con muchas fortalezas en este tema: tenemos un cuerpo médico excepcional, la academia, la universidad, los técnicos, el Gobierno, el Parlamento, los usuarios. Estas fortalezas deben hacer que no nos detengamos a pensar en el Uruguay del ayer sino en el de mañana, por el que debemos trabajar todos. Por eso, me voy a permitir leer el artículo 3° de la Ley N° 18.211, porque para mí allí están establecidos los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dice así: "Artículo 3º.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:.- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.- [...] C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.- [...]" -y, obviamente- "I) La participación social de trabajadores y usuarios. [...]".

Consideramos que la coexistencia de los dos sistemas es buena, pero no puede ir en detrimento de esa política universal. Si no se pone el foco en ella, se termina debilitándola como política universal y aceptando atajos que nos lleven a no encontrar la excelencia en el servicio nacional y encontrarla en los servicios sectoriales.

También quiero decir que se ha hecho un gran esfuerzo, y hay que tenerlo en cuenta cuando se dice que hay inequidades. Creo que las inequidades aun subsisten -no somos tan torpes como para no reconocerlas-, pero es un camino que se va construyendo en la sociedad y lleva pasos.

Los trabajadores privados cobran 3 BPC en el seguro de enfermedad. Alguien se tendría que hacer responsable de por qué no cobran más. El Gobierno, en la clarísima necesidad de distribuir responsablemente esos recursos, ha decidido llevar ese seguro de

enfermedad a $ 16.000 al final de este quinquenio. Pero no lo hará solo para un sector organizado; lo hará para todos los trabajadores privados. Esa es la dimensión en la que debemos trabajar para ver por dónde caminamos y mejoramos esta situación.

También quiero decir que se ha hecho un gran esfuerzo para mejorar las propuestas. Nadie puede negar que en este caso el diálogo ha tenido un sustento en resoluciones que los distintos colectivos han ido aceptando. Algunos colectivos apoyan la propuesta que hoy estamos considerando.

Con respecto a los jubilados y pensionistas que ingresarán al FONASA, quiero leer la declaración de la ONAJPU, porque se hizo mención a la opinión de los jubilados y aquí también está la médula del proyecto político. La declaración dice que este tema ha sido debatido en el seno de las ciento cuarenta y cinco asociaciones, y que llegaron a la siguiente conclusión: "1. Defensa del proyecto solidario.- Entendido el Sistema Nacional Integrado de Salud, como una poderosa herramienta de introducción de la solidaridad como supremo valor en materia de atención de salud; buscamos con nuestro trabajo sindical y aún con nuestros planteos reivindicativos, el equilibrio de la solidaridad del sistema con la incorporación de nuevos beneficiarios. En tal sentido, formulamos a continuación las siguientes propuestas.- 2. Objetivo del ingreso de todos.- Naturalmente, la aspiración de las Asociaciones de todo el país, y la resolución del Congreso establece la necesidad del ingreso de todos lo antes posible.[...]".

También proponen una mejora del cronograma y que se agregue un artículo que faculte al Poder Ejecutivo en el marco de la realidad socioeconómica a adelantar todo o parte del cronograma dispuesto si la situación o la negociación que se lleve a cabo de tiempo en tiempo lo hacen posible.

Quiere decir que, coincidiendo con la necesidad de adelantar el cronograma, la ONAJPU entiende que la posición del Gobierno es buena, ve el esfuerzo que se está haciendo y, por lo tanto, vamos por buen camino.

SEÑOR MUJICA.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑORA SANSEVERINO.- Sí, señor Diputado.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede interrumpir el señor Diputado.

SEÑOR MUJICA.- Señora Presidenta: desde que comenzó la discusión del proyecto de formación del Sistema Nacional Integrado de Salud permanentemente he escuchado, en particular durante este año, el argumento de por qué tocar lo que funciona bien. Ahora bien, ¿cuál es el sistema de salud que funciona bien? ¿Qué es lo que había antes de que tocáramos lo que, supuestamente, funciona bien? Había una salud tratada como un producto que se vende en el mercado -estrictamente eso, y nada más-, que funcionaba para los que se la podían pagar, que eran muy pocos en esta sociedad, y atención del Estado a los que no podían acceder al precio de ese producto en el mercado, subsidiada y de muy baja calidad en muchos aspectos, como lo ha dicho toda la oposición. Este es el sistema que había que intervenir. ¿Era un sistema que funcionaba bien? ¿Era un sistema en el cual los usuarios estaban contentos de participar? No lo estaban, señora Presidenta -lo sabemos todos-, porque los que podían estaban pagando una cuota muy alta y había muchísimos que no la podían pagar y quedaban fuera del sistema. Esa es la realidad del sistema de salud previo a la reforma que hizo el Gobierno anterior.

Si hay un conjunto de leyes que iguala más hacia arriba de todas las que se votaron en este Parlamento en los últimos seis años, esas son, por lejos, todas las que tienen que ver con el Sistema Nacional Integrado de Salud. Y eso no es una afirmación simplemente retórica. Las decenas de miles de uruguayos que desde de la sanción de estos proyectos pudieron ingresar al sistema mutual de salud, en el cual siempre habían querido estar y no podían solventarlo, son la prueba del nueve de que se igualó hacia arriba. Conozco decenas de uruguayos que por primera vez en su vida están recibiendo, al igual que sus hijos, atención médica -desde hace un año- en mutualistas a lo largo y ancho del país, aportando al Fondo Nacional de Salud mucho menos de lo que este paga por cuota mutual para ellos y sus hijos. Pocas cosas igualan para arriba más que el Sistema Nacional Integrado de Salud. Y lo van a seguir haciendo porque todos prevén, inclusive los que no están de acuerdo con este sistema, que cuando ingresen los jubilados muchas decenas de miles de ellos irán al sistema mutual. Van a recibir la atención que querían recibir y no podían pagar. Ahora la van a poder tener porque el sistema se los garantiza.

Naturalmente que esto trae otros problemas, que le va a ocasionar dificultades a ASSE, que genera otro tipo de inconvenientes en cuanto a la calidad de aten-

ción y a calidad de las estructuras que va a recibir esa masa de usuarios. Esa será la segunda fase de problemas a resolver, pero estamos empezando por igualar hacia arriba a todo el pueblo uruguayo.

Dentro del sistema que existía había subsistemas. Ese sí era un sistema perverso que había que cambiar. Esos subsistemas habían logrado, sobre la base de que la mayoría de sus afiliados recibían salarios por encima del promedio, crear solidaridades internas a través de las cuales financiaban la salud de las minorías de los afiliados que tenían salarios por debajo del promedio. Y esos subsistemas tenían otra fuente de ingreso, que eran los aportes patronales relacionados estrictamente con el salario de cada funcionario.

(Suena el timbre indicador de tiempo)

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Ha finalizado su tiempo, señor Diputado.

Puede continuar la señora Diputada Sanseverino.

SEÑORA SANSEVERINO.- Señora Presidenta...

SEÑOR ASTI.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑORA SANSEVERINO.- Sí, señor Diputado.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede interrumpir el señor Diputado Asti.

SEÑOR ASTI.- Señora Presidenta: el compañero Mujica estaba haciendo referencia a un tema que nosotros también íbamos a tocar. Como el tiempo se le acabó, voy a tratar de terminar la idea.

Se hablaba de lo bien que funcionaban algunos colectivos que estaban financiados de acuerdo con el Decreto-Ley N° 14.407, por el que los aportes patronales -que es una contribución especial a la seguridad social y, por tanto, tiene un carácter tributario- tenían un destino específico, que era la salud de esos funcionarios, en lugar de un destino general, como la salud de toda la población, teniendo en cuenta que es un tributo. Simplemente, como iba a referirme a ese tema, comencé por esta aclaración.

Por las discusiones que se han dado en Sala este proyecto de ley debe haber descolocado a muchos de los integrantes de este Cuerpo. Inclusive -esto hay que reconocerlo-, se comenzó a estudiar este tema bajo el rótulo "Cajas de Auxilio" y luego el proyecto vino como "Incorporación de pasivos al Sistema Nacional Integrado de Salud", lo que no da idea de la globalidad que tiene esta segunda etapa de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud porque no solamente abarca estos aspectos, sino muchísimos otros que implican un avance muy importante hacia la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud y, en particular, del Seguro Nacional de Salud, financiado por el FONASA. Por supuesto, incluye la incorporación de los pasivos, sobre la cual tanto se ha reclamado, por su excesiva gradualidad. Recordemos que el ingreso de estos pasivos es un problema porque estaban excluidos del Sistema Nacional Integrado de Salud, pero también lo estuvieron, desde 1985 a la fecha -no voy a hablar del período de dictadura-, de los aportes a la anterior DISSE. Por la Ley N° 16.713, que muchos de los que hoy hablaron acá propusieron, impulsaron y defendieron, fueron excluidos aquellos que ganaban más de tres Bases de Prestaciones y Contribuciones en aquel momento.

Hoy nos rasgamos las vestiduras porque algunos colectivos de pasivos tardan en ingresar al sistema y porque la gradualidad se hace en función de los ingresos y de la edad, cuando antes, por sus ingresos, se les limitó el derecho a participar de DISSE al igual que al resto de los trabajadores. En ese momento, seguramente todos estos conceptos no importaban. El Frente Amplio en la campaña electoral se comprometió al ingreso, pero ahora se dice que ese ingreso es demasiado lento. Será demasiado lento, pero ingresan y tienen una fecha determinada que nunca tuvieron en períodos anteriores; dejémoslo bien en claro. Y ese ingreso se hace en condiciones de igualdad relativa con el resto de los beneficiarios, porque por ser pasivos tienen más beneficios que el resto de los usuarios.

Quiero hacer una última consideración con respecto a lo que se dijo sobre el 25% que integra la cuota promedio. No se trata de gastos de administración; es una regularización actuarial por la edad en la que se ingresa al sistema. El ingreso al sistema está previsto para toda la vida; el Seguro Nacional de Salud está previsto para toda la vida. Si todos hubiéramos ingresado al nacer, podríamos estar financiando una cuota complementaria, pero al ingresar, en este caso, con una edad promedio de cuarenta años, hay un costo adicional de la cuota promedio, que es lo que incluye ese 25%. Por lo tanto, no corresponde señalarlo como gasto de administración, sino simplemente como regularización actuarial del nivel etario que todos van a tener al ingresar al sistema, que es

necesaria para cubrir todos los costos, desde que se nace hasta el momento del fallecimiento.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Puede continuar la señora Diputada Sanseverino.

SEÑORA SANSEVERINO.- He terminado, señora Presidenta.

22.- Prórroga del término de la sesión.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Dese cuenta de una moción de orden presentada por los señores Diputados Varela Nestier, Aníbal Pereyra y Bernini.

(Se lee:)

"Mocionamos para que se prorrogue la hora de finalización de la sesión".

——Se va a votar.

(Se vota)

——Cuarenta y dos en cincuenta y uno: AFIRMATIVA.

23.- Licencias.
Integración de la Cámara.

Dese cuenta del informe de la Comisión de Asuntos Internos relativo a la integración del Cuerpo.

(Se lee:)

"La Comisión de Asuntos Internos aconseja a la Cámara aprobar las siguientes solicitudes de licencia:

Del señor Representante Pedro Saravia, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 20 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Federico Ricagni.

Del señor Representante Jorge Gandini, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 14 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señora Irene Caballero.

Del señor Representante Carlos Varela Nestier, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 15 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Mauricio Guarinoni".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cincuenta y uno en cincuenta y dos: AFIRMATIVA.

Quedan convocados los suplentes correspondientes, quienes se incorporarán a la Cámara en las fechas indicadas, y se invita a pasar a Sala a la señora Representante Caballero.

(ANTECEDENTES:)

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

De acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 17.827, solicito al Cuerpo que tan dignamente preside, se sirva concederme el uso de licencia el día 20 de diciembre de 2010, por motivos personales.

Sin más, saluda atentamente,

PEDRO SARAVIA
Representante por Cerro Largo".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

Por medio de la presente le comunico a usted que por esta única vez, no he de aceptar la convocatoria de la cual he sido objeto en virtud de la licencia solicitada por el señor Representante Pedro Saravia.

Sin más, saluda atentamente,

Miryam Álvez Vila".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración.

Por medio de la presente le comunico a usted que por esta única vez, no he de aceptar la convocatoria de la cual he sido objeto en virtud de la licencia solicitada por el señor Representante Pedro Saravia.

Sin más, saluda atentamente,

Enrique Prieto".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Cerro Largo, Pedro Saravia.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 20 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señora Myriam Álvez Vila y señor Enrique Prieto.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Cerro Largo, Pedro Saravia, por el día 20 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señora Myriam Álvez Vila y señor Enrique Prieto.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2004, del Lema Partido Nacional, señor Federico Ricagni.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes,
Ivonne Passada
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a lo dispuesto por el inciso 3º del artículo 1º de la Ley Nº 17.827, solicito se me conceda licencia por motivos personales por el día 14 de diciembre de 2010.

Sin otro particular, saluda a usted con la seguridad de su consideración más distinguida,

JORGE GANDINI
Representante por Montevideo".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Montevideo, Jorge Gandini.

CONSIDERANDO: Que solicita se le conceda licencia por el día 14 de diciembre de 2010.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Montevideo, Jorge Gandini, por el día 14 de diciembre de 2010.

2) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2004, del Lema Partido Nacional, señor Irene Caballero.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada.
Presente.
De mi mayor consideración:

Por medio de la presente solicito a usted licencia por el día 15 del corriente del presente año, por motivos particulares.

Saluda atentamente,

CARLOS VARELA
Representante por Montevideo".

"Montevideo, 15 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada.
Presente.
De mi mayor consideración:

Habiendo sido convocado por ese Cuerpo, en mi calidad de suplente por el Representante Nacional Carlos Varela Nestier, comunico mi renuncia por esta única vez, solicitando la convocatoria de mi suplente correspondiente.

Sin otro particular, saludo a la señora Presidenta muy atentamente,

Jorge Patrone".

"Montevideo, 15 de diciembre de 2010.

Señora Presidenta de la
Cámara de Representantes
Ivonne Passada.
Presente.
De mi mayor consideración:

Habiendo sido convocado por ese Cuerpo, en mi calidad de suplente por el Representante Nacional Carlos Varela Nestier, comunico mi renuncia por esta única vez, solicitando la convocatoria de mi suplente correspondiente.

Sin otro particular, saludo a la señora Presidenta muy atentamente,

Jorge Iribarnegaray".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, del señor Representante por el departamento de Montevideo, Carlos Varela Nestier.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 15 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Jorge Patrone y Jorge Iribarnegaray.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, al señor Representante por el departamento de Montevideo, Carlos Varela Nestier, por el día 15 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Jorge Patrone y Jorge Iribarnegaray.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 2121, del Lema Partido Frente Amplio, señor Mauricio Guarinoni.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

24.- Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios).

——Continuando con la consideración del asunto en debate, tiene la palabra el señor Diputado Cersósimo.

SEÑOR CERSÓSIMO.- Señora Presidenta: vamos a tratar de ejemplificar lo que se ha manejado en Sala en el caso del Sistema Notarial de Salud. Este proyecto de ley, en especial los artículos 69 y 70, que establecen la inclusión al FONASA, representan un despojo para el servicio notarial de salud y, sin duda alguna, son un ejemplo claro de igualación, de emparejar hacia abajo, que es precisamente la política que rechazamos y que, inclusive, va en contra de los propios principios de solidaridad, de justicia y de igualdad que se han invocado reiteradamente en oportunidad de la sanción de la ley del Seguro Nacional de Salud.

El Sistema Notarial de Salud es un régimen ejemplar y que funciona a entera satisfacción de todo ese colectivo, presta servicios de salud de calidad, es un ejemplo en el ámbito internacional y ha sido construido por generaciones de escribanos, empleados y funcionarios de las Cajas y de las gremiales, con sacrificio, con sus propios recursos y sin solicitar -como ya se ha manifestado en Sala- ninguna asistencia del Estado. Por eso, desde el Partido Colorado respaldamos todos los fundamentos que han hecho los escribanos y que han acordado en las innumerables asambleas y reuniones que han llevado a cabo. Este no es un planteo individual, sino de un colectivo de varios miles de ciudadanos uruguayos.

Ellos dicen, y nosotros le damos la razón, que esta es una verdadera confiscación del Sistema Notarial de Salud; es la destrucción total de este sistema, que brindaba servicios de salud a satisfacción y que no generaba ningún gasto para el Estado, precisamente, porque se autofinanciaba, por lo que están rechazando su inclusión forzosa e inconsulta al FONASA. Creemos que tienen razón y los hemos apoyado.

Por ese motivo, desde el Partido Colorado presentamos un proyecto de ley tendiente a suspender la vigencia de la aplicación de los artículos 69 y 70, para que ninguna de las partes encontradas en sus posiciones tuviera que apearse de sus principios, y así permitir una negociación y el estudio de la situación,

del funcionamiento de un sistema de salud que no está consolidado y que tiene muchas dificultades, a efectos de ir evaluando la posibilidad de que ese colectivo no pierda beneficios. Es decir que no se cumple con la función de incorporar -como se ha dicho en Sala- a los ciudadanos, a los uruguayos, a mejores servicios de salud; en este caso concreto y en los que se han puesto de manifiesto en esta discusión, hay una disminución notoria de los beneficios.

El principio de universalidad con un sistema único de salud tampoco es aplicable a este colectivo. Ellos también sostienen, y tienen razón, que se viola el principio de seguridad jurídica. Este Sistema Notarial de Salud se formó, se creó y se desarrolló a través de una ley y sus modificaciones legislativas posteriores. Hoy se desvirtúa, se cambian las reglas de juego afectando esta seguridad jurídica de la que tanto hemos hablado y que tanto defendemos en este recinto.

Por esa misma razón, esto también afecta la seguridad social, inclusive la filosofía del propio sistema, por ejemplo, la libre elección por parte del usuario del prestador de salud.

La seguridad social basada en criterios recaudatorios y fiscalistas es lo que se consagra en este proyecto de ley, que nosotros aconsejamos rechazar.

El Sistema Notarial de Salud da cobertura integral de salud a todos los afiliados a la Caja -escribanos, empleados, activos y pasivos-, en forma eficiente, a entera satisfacción de los beneficiarios, y este colectivo, estos ciudadanos, se ven despojados completamente y ven reducidos sus derechos en el tema de la salud.

Por lo tanto, no podemos acompañar una solución de esta naturaleza, que afecta -como decíamos- los principios de solidaridad y de universalidad. Resaltamos también que el Sistema Notarial de Salud que hoy es destruido practica la equidad entre los jóvenes y los mayores, con un principio de aportación basado realmente en que paga más quien más percibe y se practica la solidaridad con quienes tienen menores ingresos o están en situación de pasividad. Además es autogestionado, autofinanciado y no recibe -reiteramos- contribución alguna del Estado, es administrado por sus propios beneficiarios y constituye un ejemplo nacional e internacional. Hoy, se firma su partida de defunción.

En consecuencia, desde el Partido Colorado aconsejamos no votar este proyecto, y planteamos que se atienda nuestra iniciativa de que finalmente se razone y se busque la suspensión de la aplicación de la vigencia de esta incorporación, a la espera de un análisis, de un diálogo, de un acercamiento entre las partes que permita, a satisfacción, encontrar una solución para estas miles de personas.

Adelantamos que, debidamente asesorados y encabezados por quien ha sido Decana de la Facultad de Derecho, habrán de establecerse acciones internacionales en el ámbito de la Comisión de Derechos Humanos de la OEA, y ante los estrados judiciales nacionales, donde se harán reclamaciones con fundamentos muy importantes que van a causar un gran perjuicio a las arcas del Estado pues, aunque tardíamente, con seguridad habrán de dar la razón a la gente a la que nosotros brindamos nuestro apoyo desde aquí.

Reitero: solicitamos que no se consagre este despojo al Sistema Notarial de Salud.

Tiene la palabra el señor Diputado Vega Llanes.

SEÑOR VEGA LLANES.- Señora Presidenta: en realidad, me cuesta saber por dónde empezar a abordar este tema, entre otras cosas, porque creo que la Cámara está bastante dispersa.

SEÑORA PRESIDENTA (Passada).- Señores legisladores...

SEÑOR VEGA LLANES.- No lo digo por eso, señora Presidenta, no importa.

Me gustaría decir algunas cosas, porque cuando uno va a votar una ley de esta importancia, por lo menos debe tener la posibilidad de decir lo que piensa, más allá de lo que haga. Yo voy a votar esta herramienta que el Poder Ejecutivo nos pide, pero entiendo que algunos aspectos que se incluyen son un error.

En primer lugar, existe una confusión, que se reitera todo el tiempo, entre el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo Nacional de Salud. Se dice permanentemente que los jubilados no están en el sistema, y el sistema es la canasta de prestaciones básicas que tienen todos los usuarios de los sistemas de salud, públicos y privados, independientemente de quién y cómo pague la cuota, si es de su bolsillo o a través del Fondo Nacional de Salud. Entonces, no es cierto que los jubilados no estén en el sistema, porque para no estar en él deberían carecer de una co-

bertura formal, y la tienen, por varias razones sobre las que después vamos a abundar un poco más.

Así que lo primero que debemos tener claro es que FONASA no es igual a Sistema Nacional Integrado de Salud.

Cuando se votó la ley que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud uno de los aspectos que remarcamos fue la debilidad del sistema público en ese momento y dijimos que era una de las dificultades para lograr el desarrollo del sistema. Hoy, tiempo después, queda claro que estas debilidades son las que generan la mayoría de los inconvenientes que tiene el sistema.

Voy a analizar la primera parte del proyecto, que corresponde a los jubilados que ingresan ahora al FONASA. Ya lo dije en la Comisión y lo reitero ahora. Me siento como un navegante solitario en este tema, pero por lo menos quiero que sepan lo que yo pienso. Primero: a los jubilados todos los queremos pila, ¿no?, pero la prima por edad se eliminó en la dictadura. Bien se pudo haber restituido en los años de democracia que pasaron desde el fin de la dictadura. No se restituyó. Sin embargo, nosotros somos culpables de haberla restituido.

Yo creo que los jubilados están en el sistema y tienen acceso al sistema público de salud, porque hay un decreto que establece que a partir de los sesenta y cinco años todos los uruguayos tienen derecho a la asistencia en ASSE. Lo que les estamos ofreciendo a los jubilados en este cronograma de ingreso es que paguen, que integren el Fondo Nacional de Salud y paguen, y que eventualmente elijan una institución mutual para atenderse. En realidad, quienes ingresen no van a poder afrontar los tiques y las órdenes que deben pagar para asistirse en el sistema mutual, por lo que el país va a hacer un enorme esfuerzo fiscal para que los jubilados no tengan una mejor atención, y va a seguir transfiriendo hacia el sistema mutual y privado dinero que bueno sería usar en el sistema público, a través de las cuotas FONASA que le va a abonar a las mutualistas. Y lo seguirá haciendo, porque en este país aun hoy se cree que la mejor asistencia está en el sistema privado y no en el público, cosa que no es tan así, porque el sistema público no tiene el peaje que significan los tiques y las órdenes y porque, además, no hay un sistema desarrollado de atención al adulto mayor ni en lo privado ni en lo público. Por lo tanto, los jubilados van a ir con enfermedades y características distintas que el resto. Por eso se ha venido desarrollando una medicina dedicada a los adultos mayores.

Yo creo que se ha cometido un error con los jubilados -que han bregado por entrar al sistema, como dicen ellos, pero que en realidad ya están- al elaborar un cronograma de ingresos al FONASA que va a tener las consecuencias que acabo de detallar. El tiempo dirá.

El otro tema que se ha planteado es el de las Cajas de Auxilio. Primero que nada, señora Presidenta, hay que aclarar que algunas son ilegales. En realidad, aun no sabemos cómo empezaron a funcionar las Cajas de los médicos, bajo imperio de qué ley, porque la normativa vigente no las ampara. No se trata de un grupo de trabajadores que hacen un acuerdo con la empresa y forman una Caja de Auxilio, sino que son los propios médicos, empleados y empleadores -muchas veces tienen la doble condición- que forman una Caja de Auxilio por fuera de todos los sistemas. Y cuando nos preguntan "¿Por qué tocan lo que marcha bien?", decimos que está claro que estas Cajas marchan bien, entre otras cosas, porque tienen un nivel de ingreso salarial mucho más alto que el promedio de la mayoría de los uruguayos.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Peña Fernández)

——En realidad, para que marcharan mal tendría que administrarlas gente que robara, y mucho, porque con el nivel de ingresos que tienen es imposible que las Cajas de Auxilio de los médicos en particular anden mal.

En este país esta historia no es nueva. Cuando aprobamos la reforma tributaria, los que pagaban el IRP seguramente nos tendrían que haber dicho: "No cambien nada, si esto marcha bien". ¡Por supuesto que para algunos marchaba espectacular! El problema es que los que menos tenían pagaban muchísimo más que los que más tenían. Así que hay determinadas cosas que yo creo que no se deben argumentar cuando uno habla de este tipo de cambios.

Lo mismo digo en el caso del Sistema Notarial de Salud. "Marcha bárbaro", se dice. Por supuesto, ¡no va a marchar bien! Es imposible que no marche bien. Ahora: el problema es que había un montón de gente que no se podía asistir en ningún lado, y de alguna forma había que resolver cómo brindar el servicio a

esos usuarios que no tenían ningún tipo de asistencia hasta que en 2005 asumió este Gobierno y se empezó a instrumentar la reforma de la salud.

También digo y aclaro -porque es bueno ver lo bueno y lo malo que tiene este proyecto- que los que más tienen van a seguir teniendo Caja, porque podrán hacer un aporte extra para mantenerla. Pero las humildes Cajas de muchos trabajadores que hicieron mucho esfuerzo para sostenerlas, no se podrán mantener en el futuro.

Creo que sí hay un derecho que debemos defender, que es el seguro de enfermedad, y esta es otra de las confusiones en la que caemos cuando hablamos de estos temas, porque una cosa es el seguro de salud y otra el seguro de enfermedad. El seguro de enfermedad que pagó el Estado uruguayo durante muchos años -muchísimos- era indigno, y hasta hoy lo es. Ahora existe una ley que establece que en 2015 tendrá un tope de $ 16.000, pero hoy ese tope es de un poco más de $ 6.000 y en realidad queda en $ 4.600. Recién ahora empiezan a subir las Bases de Prestaciones Contributivas -que es el índice por el que se calcula este subsidio a la enfermedad- y van a llegar a un nivel que es bastante mejor que el actual. Sin embargo, hay trabajadores que lograron este objetivo en forma privada, y creo que esa es la meta fundamental, más allá de la forma jurídica que se mantenga. Algunas de las cajas de auxilio también concedían préstamos y brindaban algunas "prestaciones" -entre comillas- que no tienen que ver con la salud ni con la enfermedad y, en realidad, eso lo permitía el nivel de ingreso que tenían. De manera que cuando hablamos de cajas de auxilio no es bueno emparejar porque no todas son iguales ni tienen las mismas características. Creo que hay que hacer el mayor esfuerzo posible para que las cajas de los trabajadores que tienen menos ingresos puedan seguir pagando un seguro de enfermedad -que es mucho mejor, sin duda, que el que hoy brinda el Estado-, hasta que el Estado pueda otorgar un seguro de enfermedad que no genere, más allá de la enfermedad, un problema económico sino que dé una respuesta real a esos trabajadores.

El otro tema que quiero dejar establecido es el de las devoluciones. De alguna manera, torcemos el rumbo impositivo que llevábamos hasta ahora. Esta no es una posición a favor ni en contra pero hay que tenerlo claro: las devoluciones van a favorecer a quienes ganan más y probablemente a quienes tienen más. Creo que con esta norma se comete un error. Para mí, quien más gana o quien más tiene debe aportar más a la sociedad. En realidad, en cualquier parte del mundo donde esto pasa, todos quieren ser quienes más aporten porque, en el fondo, son los que más ganan. Los uruguayos somos la excepción y no nos gusta aportar demasiado, aunque seamos los que más ganamos. Las devoluciones demuestran que, en realidad, las sociedades anestésico quirúrgicas no tenían ningún interés en la defensa de las cajas de auxilio y aceptaron esta solución porque, en definitiva, en términos económicos, les ofrecía una devolución muy importante ya que, con su nivel salarial y el costo que está planteado, no tengo dudas que van a tener devoluciones importantes. El rumbo que toma la política impositiva del Gobierno, francamente, me parece equivocado. De todos modos, vamos a dar al Poder Ejecutivo esta herramienta y veremos luego cuáles son los instrumentos que habilita para torcer el rumbo de lo que está planteado.

Creo que lo que deberíamos discutir es el rumbo de la reforma de la salud pero no desde consignas ni de que "esto hay que defenderlo porque es intocable". Sé que lo que estoy diciendo no será acompañado, más allá de las probables declaraciones, en los hechos. La salud debe ser una política de Estado pero para serlo, debemos basarnos en algunos elementos que, evidentemente, hoy no logran acuerdo político. No hay una reforma del sistema de salud posible ni probable sin un fortalecimiento del sistema público, sin que el Estado intervenga en la formación de recursos humanos y, sobre todo, si no se reforma la Ley Orgánica de la Universidad de la República, porque la formación de técnicos en manos de la Universidad de espaldas a las necesidades reales es lo que, entre otras cosas, nos ha llevado a la escasez de técnicos en algunas áreas, no solo la de la anestesia, sino también en otras especialidades médicas. Es probable que sea un sueño pero en algún momento hay que decir estas cosas.

(Suena el timbre indicador de tiempo)

——Ya termino, señor Presidente.

Es probable que las palabras que hemos dicho tengan una confrontación con el futuro. Estamos convencidos de que, tarde o temprano, cuando empiecen a desarrollarse algunos de los hechos que hemos

planteado, se modificarán ciertos rumbos que hoy marcamos como erróneos.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado Trobo.

SEÑOR TROBO.- Señor Presidente: adherimos plenamente a los argumentos que ha manifestado el señor Diputado Abdala como miembro informante en minoría en nombre del Partido Nacional, fundando la posición contraria a la aprobación de este proyecto de ley.

Un dicho campero dice "la taba está echada" y allí está la suerte que está cayendo en estas horas y que va a terminar de caer cuando finalice este proceso por el cual se somete a las cajas de auxilio y a los seguros complementarios a su desaparición definitiva.

Claro, el Gobierno encontró un argumento para quitar tensión, para evitar la confrontación decidida y fue desarticulando muy de a poco el régimen de las cajas de auxilio con el único y definitivo objetivo de terminar con ellas, a las que parece haberles presentado una actitud fóbica desde el inicio del proceso de creación del FONASA, que puede tener muy buenos argumentos o propósitos pero por el camino se fue llevando por delante muy buenas ideas y propósitos. El caso de las cajas de auxilio y los seguros complementarios es notorio.

La solución que se ha encontrado, a través de un régimen progresivo para que este sistema desaparezca definitivamente en algunos años y no aparezca como una solución terminal, no comenzó ni se ideó hace pocos meses sino que viene desde el inicio de la ley de creación del FONASA. Los señores legisladores recordarán que el primer gran elemento que desarticuló el Gobierno en un acuerdo con un sector sindical y con una patronal fue el de todos los beneficios complementarios que tenía el sector de la banca. Una vez que se rompía la capacidad que podía tener el sector gremial de la banca -que en estas horas está demostrando hasta qué punto puede llegar su nivel de perversidad en la aplicación de medidas gremiales al tener frenadas a cientos o miles de pequeñas empresas de todo el país por el famoso "clearing", lo que les imposibilita un funcionamiento adecuado-, se estableció ese acuerdo con el objetivo de romper la oposición de un grupo que seguramente se iba a oponer a esta solución porque perdía derechos y beneficios económicos. Se arregló con AEBU y, como consecuencia, se cometieron injusticias notorias -algunas de las cuales señalamos al Ministro de Salud Pública, aquí, en la Cámara de Representantes-, cuando al amparo de las decisiones que se habían tomado para ingresar al personal dependiente del sistema financiero al FONASA -de hecho quedaban sin funcionar las cajas de auxilio existentes-, se incluía con la misma argumentación a las cajas de otras áreas cuyo ingreso al sistema operó a partir del 1° de enero de 2010 sin que esas personas hubiesen tenido los beneficios que habían logrado los empleados del sistema financiero. Eso ocurrió con la Caja de Auxilio de Instituciones Financieras -CAIFIN-, y no solamente significó el pasaje al FONASA de los funcionarios y el ingreso al régimen de liquidación de esa Caja, sino que además supuso la pérdida de varios empleos de personas vinculadas a la administración de esas Cajas. Y eso va a ocurrir con las pequeñas cajas, porque si esta solución viene como consecuencia de la firme presión que ejercieron sobre todo los gremios médicos en torno a este tema, lo que es notorio es que hay otras cajas que no han tenido la capacidad de presión de esas entidades que, sin duda alguna, a poco que se les aplique la norma que se está votando, prácticamente van a morir de inanición. Además, se trata de cajas vinculadas al sector de los trabajadores, de obreros y de algunas áreas de la actividad económica.

Desde el primer momento vimos que la solución, más allá o más acá, era terminar definitivamente con el régimen de cajas de auxilio. Es una pena; realmente es una pena porque este régimen durante muchos años ha permitido al sector trabajador y empleador llevar adelante, por acuerdos, prestaciones que no brindaba el sector público o el sistema de previsión social. Es una pena porque este buen ejemplo, como se señaló en varias de las exposiciones anteriores, seguramente hacia el futuro no va a tener un desarrollo que, sin duda alguna podría permitir, no solamente tener beneficios en el área de la salud, sino en otras áreas porque conocemos muchas de las prestaciones que algunas de las cajas de auxilio preexistentes tienen y no están vinculadas exclusivamente al área de la salud.

Por eso, señor Presidente, nosotros que desde el principio hemos tenido una posición de buscar mecanismos que preserven este sistema y lo complementen en lo posible con el Fondo Nacional de Salud, advertimos que la oportunidad que en algún momento pen-

samos que podía existir, práctica y definitivamente está alejada. A pesar de que en el tiempo, en cuatro o cinco años el proceso tenga su finalización, el propósito que al principio tuvo el economista Olesker, con la creación del Fondo Nacional de Salud, fue el de terminar con cualquier otra posibilidad, como las cajas de auxilio. Hoy son las cajas, mañana los escribanos y seguramente el proceso definitivo será, a nuestro juicio, una lamentable determinación política que esperamos poder cambiar en el futuro, ya no con la esperanza de tener un diálogo, que no hemos tenido, en la búsqueda de una solución a este tema -que ha estado exclusivamente vinculado al diálogo interno dentro del Gobierno- sino con la esperanza de poder llegar a una solución de apertura que permita una revitalización del sistema de cajas de auxilio, pero no vinculado exclusivamente a la salud sino a otro tipo de prestaciones.

Como dijimos, no vamos a acompañar este proyecto de ley por las consecuencias negativas. Aspirábamos a que no se hubiesen dado en estas circunstancias.

Muchas gracias, señor Presidente.

25.- Licencias.

Integración de la Cámara.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Dese cuenta del informe de la Comisión de Asuntos Internos relativo a la integración del Cuerpo.

(Se lee:)

"La Comisión de Asuntos Internos aconseja a la Cámara aprobar la solicitud de licencia de la señora Representante Ivonne Passada, por motivos personales, inciso tercero del artículo primero de la Ley Nº 17.827, por el día 14 de diciembre de 2010, convocándose al suplente siguiente, señor Guillermo Vaillant".

——En discusión.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cuarenta y siete en cuarenta y ocho: AFIRMATIVA.

Queda convocado el suplente correspondiente, quien se incorporará a la Cámara en la fecha indicada.

(ANTECEDENTES:)

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 17.827, solicito al Cuerpo que usted preside, se sirva concederme el uso de licencia el día 14 de diciembre de 2010, por motivos personales.

Saluda atentamente,

IVONNE PASSADA
Representante por Montevideo".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Julio Baráibar".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Daniel Montiel".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

José Fernández".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Charles Carrera".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Alberto Castelar".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Daniel Placeres".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Noris Menotti".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Jorge Meroni".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Jorge Simón".

"Montevideo, 14 de diciembre de 2010.
Señor 1er. Vicepresidente de la
Cámara de Representantes,
Daniel Peña.
Presente.
De mi mayor consideración:

De acuerdo a la convocatoria que he recibido en virtud de la licencia solicitada por la señora Representante titular, comunico a usted mi renuncia por esta única vez a ocupar la banca.

Sin más, saluda atentamente.

Evaristo Coedo".

"Comisión de Asuntos Internos

VISTO: La solicitud de licencia por motivos personales, de la señora Representante por el departamento de Montevideo, Ivonne Passada.

CONSIDERANDO: I) Que solicita se le conceda licencia por el día 14 de diciembre de 2010.

II) Que por esta única vez no aceptan la convocatoria de que han sido objeto los suplentes siguientes señores Julio Baráibar, Daniel Montiel, José Fernández, Charles Carrera, Alberto Castelar, Daniel Placeres, Noris Menotti, Jorge Simón y Evaristo Coedo.

ATENTO: A lo dispuesto en el artículo 116 de la Constitución de la República, en la Ley Nº 10.618, de 24 de mayo de 1945, en la modificación dada en su artículo primero por la Ley Nº 17.827, de 14 de setiembre de 2004 y el inciso tercero del artículo primero de esta.

La Cámara de Representantes,

R E S U E L V E :

1) Concédese licencia por motivos personales, a la señora Representante por el departamento de Montevideo, Ivonne Passada, por el día 14 de diciembre de 2010.

2) Acéptanse las denegatorias presentadas, por esta única vez, por los suplentes siguientes señores Julio Baráibar, Daniel Montiel, José Fernández, Charles Carrera, Alberto Castelar, Daniel Placeres, Noris Menotti, Jorge Simón y Evaristo Coedo.

3) Convóquese por Secretaría para integrar la referida representación por el mencionado lapso, al suplente correspondiente siguiente de la Hoja de Votación Nº 609, del Lema Partido Frente Amplio, señor Guillermo Vaillant.

Sala de la Comisión, 14 de diciembre de 2010.

LUIS A. LACALLE POU, NELSON ALPUY, GUILLERMO FACELLO".

26.- Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios).

Continuando con la consideración del asunto en debate, tiene la palabra el señor Diputado Pardiñas.

SEÑOR PARDIÑAS.- Señor Presidente: estamos ante un debate de un tema sustantivo y hay que reconocer que nos enfrenta políticamente; es por eso que ha habido opiniones de todo tipo. Se trata del debate de la segunda etapa de la reforma de un sistema de salud que por primera vez comienza a desarrollarse a partir de la legislación aprobada en el año 2007. Por lo tanto, es lógico que el sistema necesite mejorar, perfeccionarse, por lo que son de aceptación las fallas que ha tenido hasta el presente. Es un sistema nuevo que en el poco tiempo de aplicado demostró ser de las pequeñas cosas que han posibilitado corregir las inequidades y mejorar la distribución de la riqueza. Eso lo han demostrado recientes estudios realizados por gente que tiene años en el análisis de este tipo de indicadores.

Decía que nos enfrenta porque estamos construyendo la política pública, sin lugar a dudas desde una perspectiva de justicia social. Es lógico que respecto a este concepto no se parta desde una única visión, que no se focalice desde un único posicionamiento en la vida y en la sociedad; se puede mirar desde muchos ángulos. Lo que sí es cierto es que el ángulo y el compromiso de esta fuerza política apuntan a prestar un mejor servicio de salud.

Se ha dicho que el Gobierno tiene problemas con este tema porque ha propuesto cosas que son perversas, soluciones engañosas; se ha dicho que es un sistema cortoplacista que comienza a desarrollarse, implementarse y exponerse tremendamente ideologizado. También se ha dicho que el señor Ministro Lorenzo es una persona buena y no se ha dicho que el señor Ministro Olesker es una persona buena, y tal vez se ha dejado soslayar que tiene la manía de destruir cosas. Se ha dicho que ha habido pintadas agresivas, que se ha permitido hasta la agresión de profesionales que se iban a sentar a una mesa de diálogo. En este debate se han dicho muchísimas cosas. ¿Por qué? Porque, lógicamente, estamos partiendo de diferentes puntos para buscar la justicia social, para buscar mayor equidad en nuestra sociedad.

Si entender, como lo entendemos nosotros y lo compartimos, que la salud es un bien social, es un derecho humano esencial y una responsabilidad del Estado, es decir que somos ideológicos, lo somos, porque esa es nuestra concepción, pero no solamente por una cuestión de concepción de cómo es la salud, sino porque hoy en este país, reitero, consideramos que es una responsabilidad del Estado.

Cuando en la Comisión discutíamos el Presupuesto Nacional, el señor Ministro de Salud Pública dijo que la asistencia médica colectiva, ASSE y las instituciones que brindan este servicio de bien público con fondos públicos representan casi un 95% de los recursos, porque los propios ingresos de las mutualistas están amparados con los aportes que hace el sistema. Esto nos responsabiliza más aun en el sentido de que esta política es pública, esencial. Y la propuesta -como decíamos, a perfeccionarse- crea condiciones para tener un piso: como se ha dicho, cimentar el principio y no la perforación conceptual del sistema en su modelo de financiamiento y en el avance hacia la

construcción y consolidación de un seguro único y universal. Por eso hay que avanzar en que sea un seguro único y universal. Por eso se sugieren las medidas que el Poder Ejecutivo propone.

¿Por qué un seguro único y universal? Para que favorezca la equidad en el acceso y en el financiamiento, separando la capacidad contributiva de las personas de sus necesidades de salud, pensando en el logro de objetivos sustanciales y no en la solución de conflictos corporativos. No vamos a discutir en Sala la eficacia, la eficiencia y la prestación de servicios que realizan algunas cajas de auxilio, pero lo cierto es que eso también apunta, conceptualmente, a las soluciones de las pequeñas corporaciones y no a la solución integral, a la que como sistema único debemos propender para nuestros habitantes.

Hemos escuchado argumentos de todo tipo, preocupaciones de todo tipo: por los jubilados, por los profesionales, por aquellos gremios que han conformado sus cajas de auxilio. Yo me pregunto: esa preocupación ¿apareció ahora? ¿Cuántos años hace que acá, en este país, se viene construyendo que las alternativas de salud eran por plata? Se dice que el tema es por plata, y es por plata; es para financiar un sistema único de salud. No es por la plata de pequeñas corporaciones; no es por la plata de las soluciones individuales; es para un sistema nacional y único de salud.

¿Qué ha pasado en todo este tiempo en este país? ¿Alguien se preguntó algo? ¿Alguien vino a debatir fuertemente sobre las políticas que debían impulsar otros Ministros y otros Ejecutivos para la implementación de un sistema nacional integrado en el tiempo que ha llevado la construcción de este país? ¿Alguien se preocupó porque los jubilados en este país, hace unos años, cobraran magras jubilaciones y tampoco tuvieran ningún sistema de protección de su salud? Y hoy estamos muy apurados porque haya un cronograma más rápido que este que presenta hoy el Poder Ejecutivo. Todos quisiéramos avanzar más rápido, pero la verdad es que lo hacemos en la medida de las posibilidades.

En este aspecto, el Gobierno ha sido sensible al reclamo de las organizaciones y también a los reclamos surgidos en el debate del Presupuesto. El señor Ministro -que no improvisa, que no especula- lo dijo claramente cuando compareció en la Comisión por el tema presupuestal. Cuando fue consultado por el tema de la incorporación de los jubilados, dijo que se ratificaba el compromiso de la inclusión, y adelantó que esa gradualidad iba a estar materializada por tres criterios que habrá que combinar: edad, ingreso y discapacidad.

Es lo que hoy se está plasmando en este proyecto de ley. También dijo que iba a ser a partir de 2012, pero hoy se está planteando a partir de julio de 2011. ¿Por qué? Porque ha habido discusión, porque ha habido sensibilidad y entendimiento en el sentido de que cuando se pueden hacer las cosas y avanzar, se avanza. Pero hoy yo no escuché que eso se estuviera reconociendo.

Somos conscientes de que queda mucho por hacer por la salud de este país, pero nos olvidamos de lo que estaba pasando en Salud Pública, en esta ASSE que hoy se está reconvirtiendo en un ente público prestador de salud. El Ministro indicó que en el año 2004, ASSE invirtió US$ 2:000.000, es decir, el 1% de su Presupuesto. Cuando discutimos la Rendición de Cuentas del Ejercicio 2009, vimos que ASSE había invertido US$ 54:000.000. Un incremento de esa magnitud en cinco años ¿solucionó todos los problemas? No. ¿Por qué? Porque el rezago era muchísimo si el Estado no invertía en infraestructura en salud.

Entonces, hoy se está haciendo un esfuerzo para revertir eso, un esfuerzo que está en el Presupuesto, un esfuerzo que está en la instrumentación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, un esfuerzo que la comunidad toda del país tiene que ir haciendo para que todos los uruguayos puedan vivir mejor. ¡Esa es la equidad que queremos! Es un esfuerzo que implica que los menores y los pasivos que hoy reciben -ojo, no los que van a entrar- la asistencia por el FONASA, para tener cobertura en ASSE o en las mutualistas, generan una diferencia de más de $ 2:600.000 anuales. Esa cobertura se financia con el aporte de otros sectores de la sociedad. ¡Esa es la solidaridad intergeneracional! ¡Ese es un sistema nacional integrado pensado para solucionar los problemas de la gente que, generalmente, son muy graves cuando tiene que concurrir a una policlínica y no a una mutualista.

Esta es la base con la que estamos construyendo el Sistema Nacional Integrado de Salud. ¡Y es por eso que hay que aprobar esta ley! ¡Y es por eso que tenemos que avanzar en esta segunda etapa de la reforma de la salud! Y, sin lugar a dudas, no va a quedar solucionado todo el problema porque en este país

las cosas necesitan de mucho tiempo para solucionarse. Porque no es solo culpa de la Universidad que hoy no tengamos todos los profesionales que requerimos para atender la salud rural que este país necesita. Ese no es un problema de la Universidad; es algo que durante años esta sociedad no incentivó y se daba algo peor, porque aquellos que estudiaban para médicos, muchas veces terminaban desarrollando otra actividad, porque no encontraban la inserción en el sistema ni las remuneraciones que le permitieran sostener su familia. Y hoy eso existe en cualquier disciplina.

Para terminar, señor Presidente, no escuché defender con tanta fuerza lo que esta iniciativa propone y esto es avanzar en equidad: "Artículo 30.- Los menores de 18 (dieciocho) años y los mayores de esa edad con discapacidad a que refiere el artículo 64 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, mantendrán el amparo al Seguro Nacional de Salud, aun cuando el aporte al Fondo Nacional de Salud que lo generó haya cesado como consecuencia de la pérdida de actividad del generante o por el término de los beneficios de subsidio por inactividad compensada del mismo.- Tal amparo se mantendrá por un período de doce meses continuos contados a partir del mes siguiente al del cese de la aportación y en la medida en que el período de aportación haya sido no menor a un año, y cesará si el beneficiario obtiene el mismo amparo por sí o a través de otro generante". ¡Eso es equidad! ¡Eso es avanzar hacia una seguridad de un sistema integrado y eso es, sin lugar a dudas, construir una sociedad más justa!

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Ha culminado la lista de oradores.

27.- Preferencias.

Dese cuenta de una moción presentada por la señora Diputada Tourné y por los señores Diputados Caram, Espinosa y Posada.

(Se lee:)

"Mocionamos para que se incorpore como tercer punto del orden del día de la sesión extraordinaria del día 15 de diciembre el asunto 'Seguro Nacional de Salud. (Incorporación de los ex funcionarios jubilados de la Administración de las Obras Sanitarias del Estado y de CHASSFOSE'). (Carpeta Nº 508/2010".

——Se va a votar.

(Se vota)

——Sesenta y seis en sesenta y ocho: AFIRMATIVA.

28.- Seguro Nacional de Salud. (Se establece el cronograma de incorporación de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios).

Continúa la consideración del asunto en debate.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar si se pasa a la discusión particular.

(Se vota)

——Cincuenta en sesenta y nueve: AFIRMATIVA.

En discusión particular.

SEÑOR BERNINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Señor Presidente: ya he intercambiado ideas con los referentes del Partido Colorado y del Partido Nacional, y voy a hacer una moción respecto a la forma de votación.

Mi propuesta, en concreto, es votar el proyecto de ley por Capítulos. Sabemos que hay algunos sustitutivos, y, además, se nos ha pedido desglosar algún artículo cuando ingresemos a ciertos Capítulos. La idea es no dar lectura a los artículos del proyecto.

SEÑOR ABDALA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR ABDALA.- Señor Presidente: no tenemos inconveniente en proceder en esa dirección, y dejamos solicitado desde ya que cuando se considere el Capítulo II se desglose el artículo 12. Ese Capítulo hace referencia al mecanismo de la devolución de los excedentes de los aportes que, como anunciamos en la discusión general, vamos a votar afirmativamente. No vamos a acompañar el artículo 12, que tiene que ver con la incorporación de los profesionales y de los servicios personales al FONASA.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- La Mesa solicita al señor Diputado Bernini que explique nuevamente su propuesta.

SEÑOR BERNINI.- En primer lugar, mi propuesta es suprimir la lectura de los artículos.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Se va a votar.

(Se vota)

——Sesenta y ocho en sesenta y nueve: AFIRMATIVA.

SEÑOR BERNINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Señor Presidente: a los efectos de tener una votación ordenada, mociono votar por Capítulos, salvo los artículos que quieran desglosarse.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- ¿Ya hay alguna propuesta de desglose específica?

SEÑOR ABDALA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR ABDALA.- Señor Presidente: en mi intervención anterior solicité el desglose del artículo 12, que corresponde al Capítulo II.

SEÑOR BERNINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Señor Presidente: como la Mesa sabe -porque lo entregamos hace un par de horas, por lo menos-, vamos a pedir que se desglosen "in totum" los Capítulos III y V porque hay sustitutivos que ya han sido distribuidos entre los señores legisladores.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- En discusión el Capítulo I.

SEÑOR BERNINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Señor Presidente: quiero referirme a las modificaciones del artículo 4º.

En el primer inciso, donde dice: "[...] del valor de la cuota salud correspondiente determinada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007," hay que agregar "en la redacción dada por el artículo 9º de esta ley".

En el último inciso, procederíamos de la misma forma. Donde dice: "[...] y la cuota salud prevista en el artículo 55 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007," luego hay que agregar "en la redacción dada por el artículo 9º de esta ley". Culmina: "[...] según el siguiente cronograma:".

Se trata, exclusivamente, de dos modificaciones de texto. Si se añaden desde la Mesa, podríamos votar el Capítulo I "in totum".

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- La Mesa recoge la propuesta verbal del señor Diputado Bernini.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el Capítulo I con las correcciones en la redacción.

(Se vota)

——Cincuenta y uno en sesenta y nueve: AFIRMATIVA.

En discusión el Capítulo II, salvo el artículo 12, que será desglosado.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cincuenta y nueve en sesenta y nueve: AFIRMATIVA.

En discusión el artículo 12.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cincuenta en sesenta y nueve: AFIRMATIVA.

En discusión el Capítulo III.

SEÑOR BERNINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Señor Presidente: como adelantamos anteriormente, pedimos el desglose puesto que no lo vamos a votar, en función de que se ha repartido un sustitutivo. Cuando se ponga a votación, voy a pedir la gentileza de la Mesa para hacer una corrección de texto como consecuencia de lo sugerido por la Secretaría de la Presidencia.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el Capítulo III.

(Se vota)

——Cero en sesenta y nueve: NEGATIVA. Unanimidad.

Se pasa a considerar el sustitutivo del Capítulo III, que incluye los artículos 17 a 22, inclusive, presentado por los señores Diputados Sánchez, Bernini, Lima, Mujica, Asti y Posada, y por la señora Diputada Ontaneda.

SEÑOR BERNINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Señor Presidente: el sustitutivo al Capítulo III ya fue repartido.

En el último párrafo del artículo 18 se establece: "El Poder Ejecutivo promoverá la celebración de acuerdos que permitan financiar los gastos aludidos en el párrafo anterior [...]". Lo que le pido a la Mesa es que se elimine la expresión "en el párrafo anterior" y figure en su lugar "en el inciso primero del presente artículo". Esta es la modificación de texto que proponemos.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el Capítulo III sustitutivo, con la modificación propuesta por el señor Diputado Bernini.

(Se vota)

——Cincuenta y uno en sesenta y nueve: AFIRMATIVA.

En discusión el Capítulo IV, que incluye el artículo 30.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cincuenta y uno en sesenta y ocho: AFIRMATIVA.

En discusión el Capítulo V, que incluye los artículos 31 al 33.

SEÑOR BERNINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Tiene la palabra el señor Diputado.

SEÑOR BERNINI.- Señor Presidente: repito que, quienes estén de acuerdo con mi posición, no deberían votar el Capítulo V tal como vino de Comisión, en la medida en que presentamos un sustitutivo que pretendemos que sea aprobado.

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el Capítulo V, tal como vino de Comisión.

(Se vota)

——Cero en sesenta y ocho: NEGATIVA. Unanimidad.

En discusión el sustitutivo al Capítulo V, que incluye los artículos 31 al 33, presentado por los señores Diputados Sánchez, Bernini, Lima, Mujica, Asti y Posada, y por la señora Diputada Ontaneda.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cincuenta y uno en sesenta y ocho: AFIRMATIVA.

Queda aprobado el proyecto y se comunicará al Senado.

SEÑOR BERNINI.- ¡Que se comunique de inmediato!

SEÑOR PRESIDENTE (Peña Fernández).- Se va a votar.

(Se vota)

——Cincuenta y dos en sesenta y nueve: AFIRMATIVA.

(Texto del proyecto aprobado:)

"CAPÍTULO I

INGRESO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

Artículo 1º.- Incorpóranse al Seguro Nacional de Salud los jubilados y pensionistas no amparados por el mismo a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, con excepción de aquellos a que refiere el artículo 63 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de los jubilados del Banco de Previsión Social que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, y de los retirados y pensionistas de los Servicios de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas y de la Dirección Nacional de Asistencia Social Policial.

La incorporación de las personas a que refiere el inciso anterior se realizará en las siguientes fechas y condiciones:

1) Tratándose de jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010 no cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se tomarán en cuenta el nivel de ingresos correspondientes a las jubilaciones, pensiones

y prestaciones de pasividad similares y la edad a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, de acuerdo al siguiente cronograma.

A) A partir del 1º de julio de 2012, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 74 años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 3 BPC (tres bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

B) A partir del 1º de julio de 2013, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 70 años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

C) A partir del 1º de julio de 2014, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 65 años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 5 BPC (cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

D) A partir del 1º de julio de 2015, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 60 años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 10 BPC (diez bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

E) A partir del 1º de julio de 2016, se incorporarán los jubilados y pensionistas que no hayan quedado comprendidos en los literales anteriores.

2) La incorporación de aquellos jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010, cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se realizará en todos los casos a partir del 1º de julio de 2012.

3) Los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos totales por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, se incorporarán a partir del 1º de julio de 2011.

Artículo 2º.- Los cónyuges o concubinos a cargo de los jubilados y pensionistas amparados por el Seguro Nacional de Salud a que refiere el artículo 1º de la presente ley, se incorporarán a dicho seguro a partir del 1º de julio de 2016.

Artículo 3º.- Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Los aportes al Fondo Nacional de Salud que deberán realizar los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, se determinarán teniendo en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, incluyendo las sobrecuotas de gestión y de inversión y la cuota al Fondo Nacional de Recursos y el monto que resulte de aplicar sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad, similares a lo previsto en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de acuerdo al siguiente cronograma:

A) A partir del 1º de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 20% (veinte por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

B) A partir del 1º de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

C) A partir del 1º de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

D) A partir del 1º de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

E) A partir del 1º de julio de 2016, los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

En caso de que el valor de los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, fuese mayor al valor promedio de la cuota de afiliación individual, el aporte a realizar a partir del 1º de julio de 2012, será el mencionado en el literal A).

Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, podrán optar en cualquier momento por renunciar a la cobertura de dicho seguro, dejando de realizar los aportes previstos en el presente artículo. En tal caso, dichas personas se reincorporarán obligatoriamente al mismo a partir del 1º de julio de 2016.

Todos los jubilados y pensionistas que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley cuenten con cobertura del Seguro Nacional de Salud deberán realizar los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones y pensiones, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el tercer inciso del artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9° de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil.

En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud.

Artículo 4º.- Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente al prestador en cuyos registros de usuarios esté inscripto el beneficiario un 80% (ochenta por ciento) del valor de la cuota salud correspondiente determinada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9° de la presente ley, excluido el componente metas asistenciales, durante el primer año a contar desde la fecha de incorporación, un 90% (noventa por ciento) de dicho valor durante el segundo año y el 100% (cien por ciento) a partir del tercer año. A dicho monto se adicionará el 100% (cien por ciento) del componente metas asistenciales que correspondan, sin perjuicio del prorrateo por nivel de cumplimiento de las mismas.

Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente a los respectivos prestadores una cuota que tendrá en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y la cuota salud prevista en el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9° de la presente ley, según el siguiente cronograma:

A) A partir del 1º de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 20% (veinte por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

B) A partir del 1º de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

C) A partir del 1º de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual

incrementado en un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

D) A partir del 1º de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.

E) A partir del 1º de julio de 2016, el valor de la cuota salud que corresponda.

Artículo 5º.- Los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º de la presente ley, que opten por registrarse en un seguro integral de los que integran el Seguro Nacional de Salud según lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, realizarán en todos los casos los aportes al Fondo Nacional de Salud determinados por los artículos 61 y 66 de esa ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte del contribuyente, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 22 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, y la reglamentación aplicable.

Artículo 6º.- El valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva se calculará para el mes de diciembre de 2010 y se reajustará en las mismas oportunidades y porcentajes de aumento que determine el Poder Ejecutivo para las cuotas de afiliación individual.

Artículo 7º.- Los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º de la presente ley que se incorporen al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011, sólo podrán estar registrados como usuarios en un prestador que haya suscrito con la Junta Nacional de Salud, creada por el artículo 23 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, un anexo al contrato de gestión vigente que contemple las modalidades de su incorporación al seguro en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 8º.- Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, podrán elegir el prestador de su preferencia entre aquellos que hayan firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el artículo 7° de la presente ley, de conformidad con la reglamentación aplicable. Una vez que el registro en el prestador elegido haya quedado firme, deberán permanecer en el mismo por 5 años.

Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, deberán permanecer en el prestador en el que estuvieran registrados, por 5 años, a contar desde el 1º de julio de 2012. En el caso que dicho prestador no hubiere firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el artículo 7° de la presente ley, deberán trasladar su registro de usuario a otro prestador que sí lo haya firmado. En este caso, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente al prestador en cuyo registro el usuario esté inscripto de acuerdo a lo previsto en el inciso primero del artículo 4º de la presente ley.

CAPÍTULO II

AJUSTES EN EL RÉGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD

Artículo 9º.- Sustitúyese el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

El Poder Ejecutivo también determinará el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas en el inciso anterior, las expectativas de vida de la población, las cuotas del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración de dicho seguro.

La cuota salud y el costo promedio equivalente se actualizarán con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componen-

tes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores".

Artículo 10.- Agrégase al artículo 57 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, el siguiente inciso:

"Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, en los casos que lo determine el Poder Ejecutivo, la Dirección General Impositiva colaborará en la recaudación y fiscalización de los aportes al Fondo Nacional de Salud".

Artículo 11.- Agréganse al artículo 61 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, los siguientes incisos:

"Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil. En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud. En el marco de convenios colectivos suscriptos de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, los contribuyentes podrán destinar dicho excedente, en forma total o parcial, al financiamiento de las cajas de auxilio o seguros convencionales, en los términos previstos en dicho convenio.

Las contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud realizadas por los propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, se adicionarán a los aportes personales a los efectos de lo dispuesto en el inciso anterior.

Lo dispuesto en los dos incisos anteriores del presente artículo regirá a partir del 1º de enero de 2011".

Artículo 12.- Sustitúyese el artículo 70 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.

En caso que los sujetos a que refiere el inciso anterior se hallen incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), las referidas alícuotas se aplicarán sobre la base imponible de dicho tributo. Para quienes obtengan ingresos por prestación de servicios personales conjuntamente con otros ingresos, el monto imponible se determinará en la proporción correspondiente a los ingresos por prestación de servicios personales respecto de los ingresos totales.

Cuando la prestación de los servicios referidos se realice a través de entidades comprendidas en el artículo 7 del Título 7 del Texto Ordenado 1996, los ingresos provenientes de dicha actividad se atribuirán a los socios o integrantes, según lasnormas o contratos aplicables a cada caso; si la entidad hubiera optado por liquidar el IRAE, la atribución se realizará por la base imponible de dicho tributo de acuerdo a lo dispuesto en el inciso anterior. En caso de no existir prueba fehaciente a juicio de la Administración, los ingresos se atribuirán en partes iguales.

Los sujetos referidos en el primer inciso realizarán anticipos mensuales a cuenta de los aportes anuales al Fondo Nacional de Salud, aplicando la tasa que corresponda al 70% (setenta por ciento) de los ingresos mensuales gravados.

Los sujetos referidos en el inciso segundo del presente artículo realizarán anticipos mensuales a cuenta del aporte anual al Fondo Nacional de Salud. A tales efectos aplicarán a los ingresos mensuales referidos en el inciso primero, la relación derivada de aplicar la alícuota correspondiente al monto imponible, respecto de tales ingresos anuales. Si a la fecha en que debe efectuarse el pago del anticipo no se hubiera obtenido la relación indicada por no haber vencido el plazo de presenta-

ción de la correspondiente declaración jurada, deberá calcularse ese anticipo en base a la relación utilizada para el último anticipo del ejercicio anterior.

Las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud correspondientes a trabajadores dependientes que además se encuentren comprendidos en el presente artículo, se computarán como anticipos a los efectos de lo dispuesto en el inciso siguiente. También se computarán como anticipos las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud en carácter de propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975.

Al cierre del ejercicio fiscal del contribuyente, según corresponda, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes atribuya el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los anticipos realizados en el ejercicio. En caso que la suma de los anticipos sea superior, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes del Fondo Nacional de Salud.

Las alícuotas referidas precedentemente se aplicarán de acuerdo a lo establecido en los artículos 61 y 66 de la presente ley, a excepción de las dispuestas para el aporte patronal básico. Para los sujetos que perciben exclusivamente ingresos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, a los anticipos resultantes se les adicionará un complemento hasta la concurrencia con el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley.

Los sujetos referidos en el presente artículo, que en el curso del ejercicio fiscal obtengan exclusivamente ingresos por prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia que no superen las 30 BPC (treinta bases de prestaciones y contribuciones), dejarán de recibir los beneficios del Seguro Nacional de Salud a partir del ejercicio fiscal siguiente. A partir del momento que superen la referida cifra volverán a quedar comprendidos en el Seguro Nacional de Salud, debiendo en tal caso realizar el aporte tomando en consideración los ingresos acumulados desde el inicio del ejercicio.

La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1º de julio de 2011, y se realizará en la forma que determine la reglamentación".

Artículo 13.- Modifícase el literal D) del artículo 8º del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, incorporado por el artículo 1º del Decreto-Ley Nº 15.087, de 9 de diciembre de 1980, en la redacción dada por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"D) Los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en este decreto-ley, que no tengan más de 5 trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social".

Artículo 14.- Modifícase el inciso segundo del artículo 7º de la Ley Nº 15.852, de 24 de diciembre de 1986, incorporado por el artículo 2º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, en la redacción dada por el artículo 4º de la Ley Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997, el que quedará redactado de la siguiente manera:

"Estarán asimismo en condiciones de percibir el beneficio las empresas unipersonales que empleen no más de 5 trabajadores subordinados".

Artículo 15.- Sustitúyese el artículo 71 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"ARTÍCULO 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones). Del mismo modo, aquellos que no tengan más de 5 trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la segu-

ridad social, quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011, y realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten total o parcialmente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 30 de junio de 2011, por la parte correspondiente a dichos servicios; a partir del 1º de julio de 2011, pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo 70 de la presente ley. Por la parte correspondiente a otros ingresos, continuarán rigiéndose por lo dispuesto en el inciso anterior".

Artículo 16.- Sustitúyese el inciso quinto del artículo 61 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

"Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley Nº 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán los siguientes porcentajes del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992:

45% (cuarenta y cinco por ciento) si no se encuentran en la situación a que refiere el artículo 64 de la presente ley.

60% (sesenta por ciento) si se encuentran en la situación referida en el literal anterior.

20% (veinte por ciento) adicional a los aportes previstos en los literales A) y B), si tienen cónyuge o concubino en condiciones de ingresar al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la presente ley y su reglamentación".

CAPÍTULO III

MODIFICACIONES AL RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

Artículo 17.- Modifícase el artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, que quedará redactado como sigue:

"ARTÍCULO 41.- Podrán constituirse cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad por convenio colectivo entre los sujetos indicados en el artículo 14 de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

A) El convenio supondrá la creación de una persona jurídica sin finalidad de lucro, cuyo órgano directivo estará investido de todas las facultades y competencias necesarias para el buen funcionamiento de la entidad e integrado, de modo paritario, por representantes de empleadores y trabajadores.

B) El objeto de dicha persona jurídica será el servicio de prestaciones sanitarias que no brinde el Seguro Nacional de Salud, así como de subsidios por enfermedad o complementos de los subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia.

C) La financiación del seguro se hará mediante aportes de los empleadores y de los trabajadores, no pudiendo las tasas de aportación de estos últimos superar el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones.

D) Los fondos del seguro se contabilizarán y administrarán con total independencia de la administración de las empresas y de las organizaciones representativas de empleadores y/o trabajadores eventualmente comprendidos.

El convenio correspondiente deberá presentarse ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, acompañado de un estudio técnico que demuestre la viabilidad financiera del seguro convencional.

Cumplidos los requisitos previstos en el primer inciso del presente artículo y las exigencias formales previstas en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, y de considerarse acreditada la factibilidad a que refiere el inciso anterior, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, homologará el convenio y concederá, en el mismo acto, la personería jurídica. El Poder Ejecutivo podrá autorizar, a solicitud de la Caja de Auxilio interesada, que se incorporen como afiliados en el régimen previsto por este artículo a los funcionarios de ésta.

El convenio, una vez registrado y publicado conforme a lo establecido por el artículo 16 de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, tendrá los efectos previstos en dicha norma.

A los efectos de la presente ley, los términos 'cajas de auxilio' y 'seguros convencionales de enfermedad' se consideran equivalentes".

Artículo 18.- La financiación de los gastos totales operativos y prestaciones que sirvan las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad, se hará con aportes adicionales personales y patronales, no pudiendo estos últimos ser menores al 50% (cincuenta por ciento) del total aportado.

Los trabajadores beneficiarios de las cajas de auxilio podrán establecer, por mayoría de dos tercios de los integrantes de éstas, con carácter general y obligatorio, un mayor aporte personal porcentual al previsto en el literal C) del artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 17 de la presente ley.

El Poder Ejecutivo promoverá la celebración de acuerdos que permitan financiar los gastos aludidos en el inciso primero del presente artículo, en el transcurso de un año a partir de la fecha de promulgación de la presente ley.

Artículo 19.- Contra las decisiones ilegales o antiestatutarias dictadas por el órgano de administración de un seguro convencional de enfermedad, procederá el recurso de revocación, el que deberá interponerse dentro del plazo de diez días siguientes al de la notificación de la decisión al interesado.

El recurso de revocación deberá ser resuelto dentro del término de treinta días contados desde el siguiente al de la interposición del mismo. Vencido el plazo antedicho sin resolución expresa, se entenderá rechazado el recurso en cuestión, quedando abierta la vía judicial ordinaria.

Artículo 20.- Cuando el Poder Ejecutivo, por sí o a instancias del Banco de Previsión Social, considere ilegal la gestión o los actos de los seguros convencionales de enfermedad, podrá hacerles las observaciones que crea pertinentes, así como disponer la suspensión de los actos observados.

Artículo 21.- En caso de ser desatendidas las observaciones a que refiere el artículo anterior, o cuando así lo aconseje el Banco de Previsión Social, o el conjunto de los representantes de los empleadores o de los trabajadores en el órgano de administración del seguro, o el 20% (veinte por ciento) de los afiliados al mismo, el Poder Ejecutivo podrá disponer la intervención de la caja de auxilio.

Dicha intervención podrá ser encomendada al Banco de Previsión Social y sólo se decretará cuando se configure riesgo cierto para el servicio, por grave irregularidad imputable a sus autoridades, no pudiendo extenderse por más de noventa días, prorrogables por otro tanto en caso de necesidad justificada por motivos graves.

Artículo 22.- Modifícase el artículo 48 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, que quedará redactado como sigue:

"ARTÍCULO 48.- La intervención se dispondrá con las siguientes finalidades:

A) Investigar las causas de los hechos que la motivaron y deslindar las responsabilidades ocurrentes.

B) Renovar las autoridades naturales de la entidad, de acuerdo con el estatuto acordado en el convenio.

Mientras esto último no se produzca, continuarán al frente del seguro convencional las autoridades encargadas de la intervención".

Artículo 23.- Las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad existentes al momento de entrada en vigencia de la presente ley, cuyos colectivos amparados sean o hayan sido incorporados al Seguro Nacional de Salud en virtud de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, podrán, a partir de la vigencia de la presente ley o de la referida incorporación, si ésta aconteciere después, servir aquellas prestaciones que no brinde el Seguro Nacional de Salud, subsidios por enfermedad o complementos de subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia, así como toda otra prestación que estén brindando al día de entrada en vigencia de la presente ley.

A tales efectos, dispondrán de un plazo de un año desde la entrada en vigencia de la presente ley o desde la incorporación de su colectivo al Seguro Nacional de Salud, si esto aconteciere después, para presentar ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la correspondiente modificación de su convenio o estatuto, acompañada del estudio técnico a que refiere el inciso segundo del artículo 41 del Dreceto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 17 de la presente ley.

Cumplidos los requisitos establecidos en el inciso primero del artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 17 de la presente ley y las exigencias formales previstas en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, y de considerarse acreditada la viabilidad financiera del

seguro, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, aprobará la modificación estatutaria. En caso contrario, realizará las observaciones correspondientes a ser levantadas por los interesados en un plazo de treinta días. En caso de que el estatuto contraviniera las disposiciones previstas en la presente ley, el Poder Ejecutivo dispondrá por acto administrativo la cancelación de la personería jurídica del seguro convencional, previo otorgamiento de las garantías previstas en el Decreto N° 500/991, de 27 de setiembre de 1991.

Artículo 24.- Los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad a los que refiere el artículo anterior, realizarán los correspondientes aportes al Fondo Nacional de Salud, conforme a lo previsto por los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

El aporte patronal se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por cónyuges o concubinos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por hijos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal restante se realizará con la siguiente gradualidad:

A) A partir del 1º de enero de 2012: 1,5% (uno con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

B) A partir del 1º de enero de 2013: 2,5% (dos con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

C) A partir del 1º de enero de 2014: 3,5% (tres con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

D) A partir del 1º de enero de 2015: toda la aportación para el Fondo Nacional de Salud.

Artículo 25.- Los jubilados que cuenten con cobertura integral de salud financiada por cajas de auxilio o seguros convencionales existentes a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, ingresarán al Seguro Nacional de Salud, aportando, sobre el total de haberes jubilatorios, las tasas establecidas por el inciso séptimo del artículo 61 y por el artículo 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar. Los aportes resultantes se volcarán íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde su incorporación al Seguro Nacional de Salud.

Esta incorporación no obstará a que continúen amparados por la Caja de Auxilio o Seguro Convencional que les brindaba cobertura, en las condiciones que resultan del artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 17 de la presente ley, y del artículo 23 de esta ley.

Artículo 26.- La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, de los trabajadores y jubilados amparados por cajas de auxilio y seguros convencionales a que refiere el primer inciso del artículo 69 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, regirán a partir del 1º de julio de 2011, y se realizarán en la forma que determine la reglamentación.

Las personas a que refiere el inciso anterior, aunque ya fueren beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, podrán elegir el prestador de su preferencia de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación aplicable.

Artículo 27.- Los seguros convencionales de enfermedad a que refiere el artículo 23 de la presente ley aportarán mensualmente al Banco de Previsión Social una tasa del total de la recaudación que perciban por aportes, en virtud de la actividad de contralor que el mencionado organismo ejerce sobre aquéllos, que tendrá la siguiente gradualidad:

A) A partir del 1º de julio de 2011: 0,4% (cero con cuatro por ciento).

B) A partir del 1º de enero de 2012: 0,3% (cero con tres por ciento).

C) A partir del 1º de enero de 2013: 0,2% (cero con dos por ciento).

D) A partir del 1º de enero de 2014: 0,1% (cero con uno por ciento).

E) A partir del 1º de enero de 2015: 0% (cero por ciento).

Artículo 28.- En caso de disolución de un seguro convencional, los recursos existentes a esa fecha deberán ser vertidos al Fondo Nacional de Salud.

Artículo 29.- Agrégase al literal R) del artículo 52 del Título 4 del Texto Ordenado 1996 el siguiente inciso:

"Asimismo quedan comprendidas en el presente literal las cajas de auxilio y seguros convencionales por enfermedad, siempre que sus actividades sean sin fines de lucro".

CAPÍTULO IV

CONTINUIDAD DEL AMPARO DE MENORES Y MAYORES CON DISCAPACIDAD

Artículo 30.- Los menores de 18 años de edad y los mayores de esa edad con discapacidad a que refiere el artículo 64 de Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, mantendrán el amparo del Seguro Nacional de Salud, aun cuando el aporte al Fondo Nacional de Salud que lo generó haya cesado como consecuencia de la pérdida de actividad del generante o por el término de los beneficios de subsidio por inactividad compensada del mismo.

Tal amparo se mantendrá por un período de doce meses continuos contados a partir del mes siguiente al del cese de la aportación y en la medida en que el período de aportación haya sido no menor a un año, y cesará si el beneficiario obtiene el mismo amparo por sí o a través de otro generante.

CAPÍTULO V

DISPOSICIÓN FINAL Y DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 31.- Las remisiones realizadas en el Impuesto a las Rentas de las Personas Físicas (IRPF) a las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, se considerarán extensivas a sus modificativas y concordantes.

A los efectos de las deducciones establecidas por el literal B) del artículo 38, Título 7 del Texto Ordenado 1996, a partir del 1° de julio de 2011, solamente se computarán los aportes a las cajas de auxilio o seguros convencionales realizados de conformidad con el régimen de aportación gradual al Fondo Nacional de Salud previsto en el artículo 24 de la presente ley.

Artículo 32.- Deróganse los artículos 42, 43, 44, 45, 46 y 47 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, y demás normas que se opongan a la presente ley.

Artículo 33.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley".

——Se levanta la sesión.

(Es la hora 20 y 37)

IVONNE PASSADA

PRESIDENTA

Dr. José Pedro Montero

Secretario Relator

Dr. Marti Dalgalarrondo Añón

Secretario Redactor

Héctor Luis González

Director del Cuerpo de Taquígrafos

Dep. Legal N° 322.569/01
Impreso en la División Ediciones
de la Cámara de Representantes